Bewußtseinsformen und gesundheitspolitische Einstellungen gewerkschaftlicher Vertreter in der Selbstverwaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Dr. rer pol.) der Universität Bremen

vorgelegt von

Bernard Jacques Michel Braun

Diplomsoziologe aus Dortmund

1989

Inhaltsverzeichnis

□-

1 Einleitung und Problemeinordnung in das Verhältnis von Sozialwissenschaften und Sozialversicherung - Versuch eines Überblicks zum Forschungsstand

In einem ausführlichen Beitrag zur "Sozialwissenschaftlichen Forschung in der Sozialversicherung" konstatierte F. Tennstedt 1977 für die Soziologie nach 1950 generell das Fehlen einer "hinreichenden soziologischen Theorie der Sozialpolitik, sei es auch nur eine ‚mittlerer' Reichweite"[1]

Mit der Betonung der bundesrepublikanischen Wirklichkeit leitet er bereits zu einer möglichen Erklärung dieser relativen Entkoppelung von Sozialwissenschaft in engerem Sinne[2] und sozialpolitischen Problemlagen und Aktivitäten über. Dazu führte Christian v. Ferber als einer der wenigen damaligen Sozialpolitikforscher noch einmal 10 Jahre früher in einem historischen Vergleich folgendes aus:

> *"Die infolge der Sozialpolitik eingetretene Drainierung der gesellschaftlichen Konflikte hat diese Basis sozialwissenschaftlicher Kooperation (vor 1933 – der Verf.) aufgehoben ... Die 'Institutionalisierung der Klassengegensätze' beseitigte den heilsamen Zwang, die sozialwissenschaftlichen Aspekte auf ein gemeinsames Problem zu beziehen, und sie emanzipierte das ‚sozialpolitische Geschäft' (Achinger) aus der wissenschaftlichen Beobachtung und Kontrolle."*[3]

Je umfassender und erfolgreicher die "Institutionalisierung der Klassengegensätze", die zumindest oberflächliche und partielle Nivellierung von sozialen Problemlagen in Gestalt der Sozialversicherung voranschreitet[4] , desto abgehobener und losgelöster ist gerade auch diese gesellschaftliche

---

[1] Tennstedt 1977, S.487

[2] Es sind also nicht die Wirtschaftswissenschaften und die juristischen Analysen damit gemeint, die sich teilweise mehr mit der Gesundheitspolitik und ihren Institutionen beschäftigt haben und dies bis in die Gegenwart hinein tun.

[3] v.Ferber 1966 zit. nach Tennstedt 1977, S.484

[4] Generell soll hier für die gesamte Arbeit darauf hingewiesen werden, daß überall wo nichts anderes gesagt wird, wir unter Sozialversicherung überwiegend oder ausschließlich die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verstehen.

□-

Einrichtung von wissenschaftlicher Beobachtung, Kontrolle, Begleitung oder Beratung.

Stellt die Sozialversicherung ein wesentliches Mittel bzw. eine gesellschaftliche Form dar, soziale Lebenslagen und soziale Spannungen zu entschärfen, dann folgt daraus aber auch ein ähnliches Verhältnis zur Sozialwissenschaft: Dabei muß die Feststellung, diese beiden Institutionen und Disziplinen hätten sich trotz fast gleichzeitiger Entstehung und des Aufeinanderverwiesenseins "weitgehend nebeneinander entwickelt"[5] noch etwas differenziert werden.

Zutreffend ist die These von der wechselseitigen Indifferenz, Ignoranz oder gar aktiven Ausgrenzung und Verweigerung vor allem für mögliche Forschung und daraus evtl. folgende Beratung über die Wirkungen der Sozialversicherung[6] auf verschiedenen Ebenen. Diese reichen von der Definition und des Einflusses auf Bedürfniskonstellationen über die Wirkungen der Sozialleistungen auf die Familie bis hin zu den Auswirkungen der formalen Organisation Sozialversicherung auf die Publikumsposition der Sozialversicherten[7] .

Unter Auswirkungen verstehen wir hier die Folgen von Handlungen und von Nichthandlungen der Sozialversicherungsträger. Entsprechend eines Gesamtverständnisses der Relevanz von Sozialversicherung, das an anderer Stelle expliziert wird, sind nicht nur ökonomische oder direkt gesundheitliche Auswirkungen von Interesse. Gleichermaßen sind es politisch-ideologische, die Einstellung und das Verhalten von Individuen zu Erkrankungsprozessen gestaltende bzw. konditionierende Haltungen. Die unter den Bedingungen des Sozialversicherungsverhältnisses organisierte Privatisierung und Individualisierung des letztlich gesellschaftlichen Risikos krank, frühinvalide und pflegebedürftig zu werden, sowie die im derzeit organisierten Versorgungsverhältnis dominante Passivierung des Kranken im Umgang mit seinen gesundheitlichen Störungen, haben nicht nur für

---

[5] Tennstedt 1977, S. 484

[6] vgl. hierzu Tennstedt 1977, S.488

[7] Immerhin ist die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mit einem Versicherungsschutz für mehr als 90 % der Bevölkerung eine der größten Publikumseinrichtungen in der BRD.

den Bereich der Sozialversicherung prägenden und wiederum stabilisierenden Stellenwert.[8]

Da der Umgang mit Krankheit ein nicht unwesentlicher Teil der gesellschaftlichen Handlungen des Individuums ist, beeinflußt seine eben skizzierte Bestimmung auch ganz andere Sphären gesellschaftlichen Lebens. Konkret gesagt: Wer bei Krankheiten bereit ist bzw. angehalten wird, die Ursachen im privaten Fehlverhalten zu suchen und zu sehen, und die Folgen durch passive, symptomatisch orientierte Medikalisierung und Medikamentisierung beseitigen zu lassen, wird ersteres zumindest leichter auch bei Problemen der Einkommensverteilung so machen - und umgekehrt.

Selbst wenn es erscheinen mag, als ob das Nebeneinander von Sozialwissenschaft und Sozialversicherung hauptsächlich durch die Sozialversicherung hergestellt und gewollt wurde, hat die Sozialwissenschaft einen enormen Eigenanteil an dieser Konstellation. So interessiert sich z.B. nicht nur der Großteil der Sozialversicherung materiell nicht für die Auswirkungen ihres Handelns bzw. ihrer Interventionen im Bereich der gesellschaftlichen Verhältnisse und hier z.B. bei der Gesundheit, sondern ein Teil der Sozialwissenschaft ignoriert bereits auf der vergleichsweise bescheidenen technischen Ebene, Informationen zu beschaffen, die Möglichkeiten der Sozialversicherung.

Explizit gilt dies für die Industrie- und Arbeitssoziologie, die z.B. trotz umfangreicher Debatten über "neue Formen der Arbeit" und ihre verschiedenen positiven wie negativen Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Arbeitenden die Kenntnisse der verschiedenen Sozialversicherungsträger in der BRD[9] über gesundheitliche Probleme als **einem** (!) Ausdruck von Arbeitsverhältnissen bisher nicht mitberücksichtigt.[10] Stattdessen wird lieber auf teilweise hochspekulative Beobachtungen mit weitreichenden Schlußfolgerungen gesetzt.

---

[8] Die oft gehörte Formel "Krankheit ist meine Privatsache", d.h. die Privatisierung von Verhaltensweisen und die instrumentelle Orientierung des Bewußtseins über Krankheit/Gesundheit, sind ihrerseits teilweise der adäquate Ausdruck objektiv geringer Identifikations- und politischer Partizipationsmöglichkeiten in der "Produktion" und der "Gestaltung" der gesundheitlichen "Güter". Die sowieso in der Krankheitssituation manifeste Privatisierungsposition wird somit noch verstärkt.

[9] Hier handelt es sich um die GKV, die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) und die Unfallversicherung (BG).

[10] vgl. hierzu ausführlicher Braun/Georg 1989

□-

Bereits gegen die theoretischen und praktischen Mitbestimmungs- und Partizipationsdebatten der beginnenden 70-er Jahre ist schon kritisch eingewandt worden, in ihnen würde die SV als immerhin schon formal realisiertes "Modell der Demokratisierung"[11] keine Rolle spielen, "obwohl es als empirisch überprüfbarer Testfall für die Funktionsfähigkeit von Partizipationsmechanismen in komplexen Institutionen hätte dienen können."[12] So wurde schnell nach dem Abebben der Demokratisierungsdebatte vor einer "Überbewertung des Selbstverwaltungsmodells"[13] gewarnt.

Diese Nicht-Auseinandersetzung mit dem Resultat, der Ignoranz oder fundamentalkritischen Überwindung des SV-Modells durch andere, "partizipativere" Modelle, prägt auch heute wieder die Selbstverständnisdiskussion der Selbsthilfebewegung. Für diese ist die GKV und deren SV allenfalls noch "Raum"-Vermieter, nicht aber ein Modell an dem u.U. viele der eigenen Funktionsprobleme analysiert oder antizipiert werden können.

Im weiteren Zusammenhang mit der Analyse "neuer Formen gesellschaftlicher Selbststeuerung" verwarfen es die selber der Selbsthilfebewegung nahestehenden Autoren im Kapitel "Selbststeuerungspotentiale im sozialen Bereich" ihrer Studie die Selbstverwaltung stärker einzubeziehen. Dies wurde damit begründet, daß

> *"in Zusammenhang mit generalisierter und organisierter Sozialpolitik nur geringe Chancen einer Entfaltung ‚neuartiger' Selbststeuerungspotentiale abzusehen"* [14]

seien.

Die Distanz von sozialwissenschaftlich und medizinisch orientierten Ansätzen der Gesundheitswissenschaften gegenüber den Handlungsträgern in der Sozialversicherung, und hier vor allem der SV, hat auch einen praktisch-politischen Nachteil. Unabhängig davon, ob Gesundheitswissenschaftler Strategien konzipieren oder gesundheitsrelevante Konzepte implementieren wollen, ist ein enger Konnex zu den Handlungsträgern von entscheidender Bedeutung - und umgekehrt. Die Vorschläge der Gesund-

---

[11] v.Ferber 1975, S.150

[12] INFAS 1977, S.207

[13] Frank 1983, S.96

[14] Pankoke u.a. 1975, S.109

heitswissenschaftler oder Sozialpolitikforscher zur Prävention in der Arbeitswelt oder zu Verhaltensänderungen sollten wenigstens überwiegend "mit den differenzierten Problemperzeptionen der Akteure (d.h. z.B. der Selbstverwalter - d. Verf.) übereinstimmen..., um in das Handlungsinventar des Akteurs übernommen zu werden. Anders gewendet: Präventive Strategien werden dann akzeptiert, wenn sie sich sinnvoll in Problemsicht, Problemlösungsbedarf und Handlungskompetenz eines Akteurs einordnen."[15]

"Handlungsträger und Wissensträger müssen...in Teilbereichen deckungsgleich interagieren"[16] , sonst werden die gesundheitspolitischen Erwartungen nicht erfüllbar sein.

Die Mindestschlußfolgerung aus diesen Überlegungen ist die, das differenzierte Handlungsinventar der Akteure zu analysieren.

Trotz einiger nach 1977 sicherlich beobachtbarer Ansätze, das geschilderte Nebeneinander in diesen Bereichen zu beheben[17], ist das zuvor vorhandene Defizit weder aufgearbeitet worden, noch ist für die Zukunft von einer stabilisierten Kontinuität der Kooperation auszugehen.[18] Das Gegenteil, also eine tendenzielle Desintegration sowie ein unter dem Mantel des Rufes nach unbedingter Anwendungs- und Praxisbezogenheit verstecktes Desinteresse zeichnet sich noch vor dem entfalteten Wirken positiver jüngster Fortschritte ab.[19]

Zu den allgemeinen Gründen läßt sich über die oben angeführte These v.Ferbers hinaus gerade für die jüngste Vergangenheit folgendes sagen:[20]

---

[15] Labisch 1987,S. 109

[16] ebd.

[17] vgl. u.a. hierzu als Überblick Behrens/Leibfried 1987

[18] So taucht in einer jüngeren Schrift zum Sozialleistungsystem in der BRD kein Wort zur Selbstverwaltung in irgendeinem der Bestandteile auf. (Lampert/Kühlewind 1983)

[19] vgl. hierzu Braun 1988

[20] Wir gehen dabei mit v. Bethusy-Huc 1976, S.281 davon aus, daß für den "Mißerfolg" dieser Kontakte "nicht nur Zufälligkeiten und menschliche Unzulänglichkeiten...verantwortlich sind, sondern daß der Mißerfolg vielmehr tiefere Gründe haben muß."

□-

- Wie die wenigen sozialwissenschaftlichen Analysen über die verschiedensten Auswirkungen des Sozialversicherungssystems zeigten, geriete die konfliktregulierende und gesellschaftsstabilisierende Funktion der Sozialversicherung bei zunehmender Wahrnehmung von nach wie vor existierenden Klassen- oder schichtspezifischer Unterschiede, Gegensätze oder Disparitäten bei formal gleichen Bedingungen in Bedrängnis.

- Egal ob die Sozialversicherung objektiv mit dieser Funktion überfordert war und ist oder ob sie als Teil der gesellschaftlichen Verhältnisse und Institutionen selber mehr oder minder aktiv durch Handeln oder Nichthandeln zur Weiterexistenz unterschiedlicher gesundheitlicher Risiken und unterschiedlicher Chancen ihrer Bewältigung beiträgt oder gar neue Unterschiede und Dysfunktionalitäten schafft[21], die erhoffte oder intendierte prästabilisierte Harmonie würde beeinträchtigt, wenn nicht gar zerstört.

- Neben den auf die grundsätzliche, gesellschaftsstabilisierende Funktion der Sozialversicherung gerichteten Gründen gibt es noch andere, alltäglichere, eher organisationssoziologische und sozialökonomische Gründe. So beinhalten Wirkungsanalysen Erkenntnisse über die Effektivität und Effizienz eingesetzter ökonomischer und organisatorischer Mittel, Formen oder Ressourcen.

- Angesichts der allein im Bereich der GKV quantitativ enormen ökonomischen Umverteilungsprozesse von derzeit ca. 130 Milliarden DM und der eindeutigen Richtung aus den beitragspflichtigen Lohneinkommen in die verschiedensten Einnahmen- und Gewinntöpfe der zahlreichen Leistungsanbieter würden bei Zweifeln an Effektivität und Effizienz der Aktivitäten schnell Fragen nach der sozialen und ökonomischen Erträglichkeit des alltäglichen "sozialpolitischen Geschäfts" auftauchen.

- Gerade bei der "Verwirklichung des Bedarfsprinzips" als der qualitativ Besonderheit einer neuen Sozialpolitik "ist die Organisation der Sozialpolitik nicht neutral, sondern eine für den Erfolg mit in Rechnung zu stellende Handlungsvariable."[22] Die kontrollierende Einwirkung auf die Sozialverwaltung ist also integraler Bestandteil einer neuen Sozialpoli-

---

[21] vgl. dazu u.a. die Debatte bei Heimann 1980

[22] v.Ferber 1977, S.391

tik ebenso wie die Entwicklung von "Strukturen interaktionsfähiger Sozialverwaltung"[23].

- Ein weiterer wichtiger Grund ist ein immanenter, wissenschafts- oder forschungssoziologischer Faktor. Gerade weil die Sozialversicherung - und dies seit über 100 Jahren - eine objektiv weitreichende und vielschichtige Funktion erfüllen soll und erfüllt und sich dies in vielgliedrigen und überwiegend rigiden Institutionen, stark verrechtlichten Verwaltungsabläufen, in gelegentlich erdrückenden eingeschliffenen Interaktions- und Regulierungsroutinen, Handlungsimperativen, Thematisierungs- und Dethematisierungskorridoren niederschlägt, existiert für die Sozialwissenschaften eine Fülle von spezifischen Kooperationsanforderungen, die nicht einfach zu erfüllen sind. Es ist zum einen der "Zwang zur Interdisziplinarität"[24], eine "gewisse Ansammlung von ‚abrufbaren' relevanten Wissensbeständen in der Person des jeweils befragten Sozialwissenschaftlers"[25] als "Grundvoraussetzung" einer Kooperation. Zum anderen geht um die übergreifende praktische Befähigung, im "System der Sozialversicherung und seinen immanenten Beschränktheiten zu denken und zu forschen."[26]

Bei der Sozialversicherung handelt es sich außerdem um ein typisches Feld für "Sekundärverwissenschaftlichung", deren bzw. dessen spezifische Probleme folgendermaßen umschrieben wurden:

> *"Sind im Praxisfeld nicht nur Kenntnisse über Struktur und Strategien wissenschaftlicher Forschung vorhanden, sondern darüber hinaus auch noch in die Struktur und Strategien praktischen Handelns eingedrungen (dies ist bei der GKV z.B. im juristischen Bereich der Fall - d. Verf.), so muß der auf die Praxis seines Wissens bedachte Wissenschaftler mit einer kritischen Rezeption, mit illusionslosen Erwartungen und genauen Anforderungen rechnen. Sekundärverwissenschaftlichung ist ein Prozeß, der bevorzugt Interaktionsszenarien mit Anwendungschancen hervorbringt, deren Nutzung auf der Seite der Wissenschaft ebensoviel Anpassungsfähigkeit und strategisches Ge-*

---

[23] Pitschas 1980, S. 164

[24] Tennstedt 1977, S.507

[25] Tennstedt 1977, S.507

[26] ebd.

□-

schick wie Nachdruck und präzise Kenntnisse des Praxisfeldes erfordert."[27]

Diese Konditionen sind deshalb nicht fiktiv, weil die Öffnung des "Feldzugangs" mit Erwartungen an die Forschung verknüpft wird, gewisse Bedingungen zu erfüllen.

Ein gewisses Desinteresse der Sozialwissenschaft an Sozialversicherung rührt aber darüber hinaus davon her, wie die Sozialversicherung als eine Ausdrucksform von Sozialpolitik in die jeweiligen theoretischen Versuche eingeordnet wird, den gesamtgesellschaftlichen Entwicklungsprozeß zu beschreiben. Dabei verliert sie z.B. in einem der bedeutendsten Ansätze, Sozialpolitik im Kapitalismus zu analysieren, nämlich in E. Heimanns Schrift "Soziale Theorie des Kapitalismus"[28] erheblich an eigenständiger Kontur. Selbst eine nur relativ autonome Bedeutung wird ihr letztlich abgesprochen.

Dies liegt sicherlich daran, daß er Sozialpolitik als integralen Bestandteil einer Kapitalismusanalyse betrachtet. Sozialpolitik ist ihm "Bestandteil und Fremdkörper" im Kapitalismus und sie besitzt daher ein "konservativ-revolutionäres Doppelwesen". Dieses beruht auf folgender Konstellation:

"Sozialpolitik sichert die kapitalistische Produktionsgrundlage vor den von der sozialen Bewegung drohenden Gefahren, indem sie der sozialen Forderung nachgibt; sie baut den Kapitalismus stückweise ab und rettet dadurch seinen jeweils verbleibenden Rest; sie erreicht immer dann und nur dann einen Erfolg, wenn die Erfüllung einer sozialen Teilforderung zur produktionspolitischen Notwendigkeit wird."[29]

Auch speziell die kritischen sozialwissenschaftlichen Analysen einzelner Strukturprinzipien wie beispielsweise der Kritik an Verrechtlichungs-, Bürokratisierungs- und Ökonomisierungstendenzen[30] oder der empirisch gestützten Desillusionierung über die tatsächliche primärpräventive Hand-

---

[27] Giesen/Schneider 1984, S.478

[28] Heimann 1980

[29] Heimann 1980, S.213 Zur Problematisierung der scheinbar unaufhaltsamen Dynamik der solchermaßen "kompensatorischen Sozialpolitik“ vgl. Hickel in Diehl/Mombert 1984, S.XXXIV

[30] vgl. hierzu vor allem Tennstedt 1976, S.139

lungsfähigkeit der GKV, tragen durch ihre struktur- und systemtheoretische Gewissheit über scheinbar monolithisch und gesetzmäßig existierende Handlungsstrukturierungen und -blockaden in verwaltungsförmigen "Arenen" letztlich zu einer weiteren "Befreiung" des eben dann generalisierend kritisierten Bereichs vor wissenschaftlich-forschender Betrachtung bei.

Hier wird völlig vernachlässigt, daß diese Strukturen nicht immer existiert haben, d.h. historische Resultate oder zu "Struktur gewordene Interessen" sind. Auch eine harte analytische Trennung von formellen (policy making, Akteure) und materiellen Sozialpolitikprozessen (nicht Akteure[31]) muß aufpassen, daß diese Trennung nicht zu einer faktischen wird.

Die Feststellung dieser o.g. Nichtkooperation gilt aber nicht nur im Hinblick auf die generellen gesellschaftlichen Funktionen und Wirkungen der Sozialpolitik und der Sozialversicherung. Sie gilt vielmehr auch für ihre internen Legitimations-, Herrschafts-, Macht-, Artikulations-, Thematisierungs- und Entscheidungsprozesse.

Tennstedt hat bei diesen organisationssoziologischen "weißen Flecken" der Sozialversicherung besonders die mangelnde Aufmerksamkeit für die Verbände, die Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Ärzten und das Verhältnis von Einzelgewerkschaften zum DGB hervorgehoben. Ergänzt werden könnte diese auch noch nach 10 Jahren weitgehend unbearbeitete Desiderata-Liste durch den Hinweis auf fehlende Analysen zur Thematisierung und Implementation gesundheitspolitischer Ziele und Programme in der Sozialversicherung und insbesondere der GKV, ebenso wie über das konkrete Zustandekommen, die "Karriere", bestimmter staatlich-gesetzlicher Vorhaben in Interaktion mit der Sozialversicherung. Welche Einstellungen und Bedingungen oder sonstige intervenierende Variablen und formale Organisationsmuster haben z.B. in der Frage der Kostendämpfungspolitik in der Sozialversicherung zu bestimmten Folgen geführt, oder wer oder was bewegt sie in dieser und anderen Bereichen wie und warum?

Bevor wir diese Fragestellungen weiter vertiefen, soll aber nicht unterschlagen werden, daß in einigen Punkten gegenüber der Einschätzung

[31] "Es geht vielmehr darum, Pfade der Entwicklung, der Strukturierung und des Funktionszuschnitts herauszuarbeiten, gewissermaßen die ‚Korridore' sozialpolitisch geronnener Sozialmächtigkeit zu vermessen, innerhalb derer sich das Alltagsgeschäft von Sozialpolitik konkretisiert."(Uni Bremen 1985, S.430)

□-

Tennstedts von 1977 Fortschritte zu verzeichnen sind. Insbesondere im Bereich der auf "Wissen beruhende(n) Herrschaft"[32] der Sozialversicherung bewegte sich in den letzten Jahren durch staatliche Auftragsforschung einiges. Als Auslöser dieser Bemühungen können durchaus die sich verändernden Anforderungen einer kompensatorischen Sozialpolitik im Rahmen der normativen Anpassungen der Sozialgesetzgebung durch Sozialgesetzbücher an das Verwaltungshandeln angesehen werden. Dieses Handeln ist "mehr als je verfahrens- und handlungsorientiert und auf die flankierende Entwicklung einer sozialen Informationstechnologie "[33] angewiesen.

So gewannen insbesondere im GKV-Bereich sogenannte Sekundärdatenanalysen aus verschiedensten Gründen[34] eine wachsende Bedeutung für die Art und die Ausrichtung des Handelns der Versicherungsträger.

Da zu Recht ein Grund für diese Entwicklung in einem möglichen Funktionswandel der GKV von der nachträglichen Entschädigung eingetretener Gesundheitsschäden hin zur Prävention gesundheitlicher Beeinträchtigungen und dem dafür notwendigen informatorischen Frühwarnsystem gesehen wird, wird dem "Herrschaftswissen" in diesen Punkten auch emanzipatorischer Gehalt und Brisanz zugemessen. In der erhöhten Transparenz über Risikozusammenhänge wie z.B. dem von Arbeit und Gesundheit wird sogar eine Möglichkeit gesehen, die festgefahrenen Strukturen und sozialen Problembearbeitungen in der GKV wieder in Bewegung zu versetzen.[35]

Umfassender gilt diese Einschätzung von Forschungsdefiziten aber auch für die Erforschung der Struktur und Handlungsbedingungen der Selbstverwaltung. Sie ist in der Sozialversicherung zumindest formal der zentrale Entscheidungsträger und der Modus zur Repräsentation von Mitgliederinteressen.

Eine sozialpolitische Einrichtung, die von fast allen politischen Gruppierungen und zumindest von einem Teil der Wissenschaft auf der normati-

---

[32] Tennstedt 1977, S.511

[33] Pitschas 1980, S. 164

[34] vgl. hierzu Braun/Georg 1989

[35] vgl. hierzu die weiter unten erfolgende Auseinandersetzung mit Ergebnissen des WZB.

ven Ebene für notwendig, sinnvoll und gegenüber staatlichen oder total privatisierten oder individualisierten Regulierungskonzepten mit hohen komparativen Vorzügen ausgestattet wurde, analytisch-empirisch so zu vernachlässigen ist unverständlich.

Selbst wenn es mittlerweile einige gesundheitsökonomische Studien aus der Kölner Schule Herder-Dorneichs über die legitimierende Seite der Wahlen zur Selbstverwaltung gibt[36], kontrastieren die normativen Aufgabenkataloge für die Selbstverwaltung (SV), die im Umkreis der neueren Defizitanalysen zur bedarfsorientierten Sozialpolitik entstanden sind, eigentümlich mit der Nichtanalyse ihrer bisherigen und zu erwartenden Funktionsfähigkeit und -breite. Gleiches gilt bezüglich ihrer Fähigkeit, die in sie gesetzten spezifischen Erwartungen zu erfüllen.

Dieser "deus-ex-machina"-Position zur SV stehen weitgehend spekulative oder aus der ökonomischen SV-Diskussion plausibel abgeleitete Funktionsdefizitanalysen der SV gegenüber, die detailliert begründen, daß und warum die SV nicht in der Lage ist und sein kann, die an sie gestellten Aufgaben zu lösen: So positiv sie im emanzipatorischen Sinne der Partizipation an Herrschaftsprozessen prinzipiell auch sein mag, sie ist in diesen Analysen blockiert, durch die technische, informatorische und administrative Überlegenheit der geschäftsführenden Professionals gelähmt und durch die Konsensfallen der paritätischen Machtverteilung auf Arbeitgeber und Arbeitnehmer für jegliche konfliktorische Innovation paralysiert.

Daß am Ende selbst konsequente Vertreter des strukturtheoretischen Ansatzes nach dem - wie gezeigt - die Bedingungen und Strukturen sozialmächtig wirken, in letzter Konsequenz wieder auf die Innovationsfähigkeit der SV setzen, erlaubt es, diesen anderen Pol einer weitgehend nichtempirisch geführten Debatte als "Münchhausenposition" zu bezeichnen.

Wie grundlegend und nicht nur für wissenschaftliche Interessen, sondern auch für vorwissenschaftliche Zwecke defizitär die Beschäftigung mit der SV ist, mag das Faktum erleuchten, daß es noch nicht einmal eine exakte Übersicht über die Anzahl, die Alters- und Geschlechtsverteilung und wenige weitere Grundmerkmale der Akteure in der SV gibt. Hierzu gibt es lediglich spekulative Angaben.

---

[36] z.B. die Arbeit von Großhaus 1977

□-

Bis auf wenige Ausnahmen[37] gibt es keine Untersuchungen zu den gesundheitspolitischen Einstellungen, Bewußtseinsformen, Interessen, Absichten, Zielvorstellungen und Erfahrungen der sich derzeit auf rund 1200 Krankenversicherungsträger verteilenden schätzungsweise rund 25 bis 30 Tausend Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter in der SV.

Unabhängig ob im Sinne einer voluntaristischen Handlungstheorie den Akteuren, ihren Absichten, ihrem Willen, Wollen und ihrem Handeln der entscheidende Primat zufällt oder ob eine letztlich "stationäre" Strukturtheorie die rigide Determination der Akteure durch Strukturzwänge konstatiert: Die Nichtuntersuchung der Akteurseite bleibt unverständlich, spielt sie doch in beiden theoretischen Konzepten eine spezifische und konkrete Rolle.

Für eine handlungstheoretische Position in der Sozialpolitikforschung ist eine Nichtuntersuchung insofern noch relevanter und unverständlicher, weil gerade sie nicht so tun kann als ob bei den SV-Akteuren der prinzipielle, uneingeschränkte, friktionslose und widerspruchsfreie Wille zu einer alternativen Sozialpolitik bestünde, sie also bis ins Detail alles zu ihrer Verwirklichung tun wollten und nur durch die Bedingungen so z.B. durch die Suche nach dem "kleinsten gemeinsamen Nenner"[38] daran gehindert werden.

Die vom Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) in einer wichtigen Untersuchung vertretene Position, die SV antizipiere die "Konsensfalle" und wäre dadurch in ihrer präventiven Handlungsfähigkeit gelähmt oder behindert, setzt einen subjektiven politischen Willen und das Können zu präventivem Handeln voraus. Genau dies wird aber gar nicht mehr untersucht.

Die vorliegende Untersuchung beabsichtigt einen Beitrag zur Überwindung soziologischer Abstinenz gegenüber den selbstverwalteten sozialen Regulierungsformen bzw. -prozessen und dessen Akteuren zu leisten. Sie versucht insbesondere die Akteurseite in der SV nicht mehr nur als "illustratives Element von Theorien", sondern als wesentlichen fördernden oder hemmenden Faktor einer sozialpolitischen Regulierungstheorie zu analysieren.

---

[37] Hierzu zählen ohne Zweifel die Arbeiten v. Ferbers, die des Verfassers und mit Abstrichen die von Mayntz und Beske.

[38] v.Ferber 1977, S.389

Es kommt ihr dabei durchaus praktisch-politisch darauf an, die Problemsicht, den Problemlösungsbedarf und die Handlungsbereitschaft wie -kompetenz der Selbstverwalter in der GKV genauer zu analysieren, und damit den Sozialpolitikwissenschaften einen genaueren Einblick in den Implementationskorridor gesundheitspolitischer Interventionen oder gar von alternativen Konzepten zu geben.[39]

Im Mittelpunkt der Analyse stehen die gewerkschaftlich organisierten Versichertenvertreter in den Organen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Konzentration auf die Gewerkschaftsfunktionäre in der SV erfolgt deshalb, weil sie mit schätzungsweise 80-85% der Organvertreter die Mehrheit in der Masse der Krankenkassen (außer in den Ersatzkassen) stellen. Sie sind daher die inhaltlich entscheidende Fraktion in der SV. Schließlich spielt für diese Auswahl auch der durch die bisherigen Forschungsarbeiten des Verfassers gut aufbereitete relativ einfache Zugang eine Rolle.[40]

Die inhaltliche Analyse konzentriert sich auf die Gewinnung eines sozioökonomischen Basiswissens z.B. über die Bekanntheit, Legitimation durch Wahlen, die soziale Zusammensetzung und faktische Verfassung der SV. Vor allem interessiert sich diese Untersuchung für die gesundheitspolitischen Einstellungen, Konzepte, Ziel- wie Alternativ-vorstellungen der Versichertenvertreter in der SV. Letzteren wird ein hoher Stellenwert im Gesamtregulierungsprozess zugewiesen.

Der darin verborgenen Gefahr idealistischer Analyse entgehen wir, indem wir die Bewertung dieser individuellen Beobachtungen auf der Basis einer Analyse der materiellen Probleme und Strukturen der GKV/Sozialpolitik vornehmen. Die "subjektive" Seite des Prozesses wird als ein Element des Wechselspiels zwischen "objektiven" Problemlagen und politischer Wahrnehmung, Thematisierung und Bearbeitung mit dem Resultat sozialpolitischer Entscheidungen betrachtet.

Eine solche Untersuchung setzt sich in zweierlei Hinsicht mit existenten wissenschaftlichen Positionen zum Thema auseinander: Erstens plädiert sie gegen eine makrosoziologische Position - egal ob sozialpolitisch affirmativ oder kritisch -, welche die Analyse dieser Detailprobleme in großen Systemanalysen erledigt bzw. beinhaltet sieht. Gerade weil Sozialversi-

---

[39] vgl. hierzu Labisch 1987, S.108 ff

[40] Dies lag und liegt vor allem in der Erarbeitung eines DGB-Handbuches für die Selbstverwaltung in der Krankenversicherung begründet (Braun/Reiners 1988)

□-

cherung die von v. Ferber beschriebene soziale Pazifierungsfunktion hat, diese aber nicht mehr stillschweigend und vor allem effektiv erfüllen kann, ist eine Auseinandersetzung mit den Details der Regulierung und Fehlregulierung von Sozialpolitik, Sozialversicherung und SV wichtig.

Zweitens wendet sie sich explizit gegen strukturtheoretische Analysen des sozialpolitischen Geschehens, die dieses lediglich auf das ungebrochene Wirken von allgemeinen ökonomischen und politischen Gesetzmäßigkeiten reduzieren.

Das Fatale und Beschränkte dieser Art von Reduktion des Sozialen als lebendigem Geschehen auf Sozialmechanismen tritt dann zutage, wenn real existierende Abweichungen von einem erwarteten Systemzustand, wie etwa Innovationen in einzelnen Krankenkassen nicht mehr im Kontext der strukturalistischen Analyse erklärt werden können. Interessanterweise bemüht derselbe Ansatz dann mystische oder radikal individualistisch-personale ("Leistung eines großen, alten Mannes") Erklärungsmuster.

Zur Überwindung der jeweils extrem verhärteten und erkenntnismäßig unbefriedigenden und unergiebigen Positionen von Handlungs- und Strukturtheorie durch die empirische Analyse des "subjektiven Faktors" in der SV beizutragen, ist ein übergreifendes gesellschaftstheoretisches Ziel dieser Arbeit.

Inhaltlich nimmt sie folgenden Gang: An **erster Stelle** steht eine knappe Analyse der materiellen Probleme und Regulierungsanforderungen der GKV sowie eine Skizze einiger organisatorischer Aspekte der GKV und ihrer SV. Beides gibt das Raster für die weitere Analyse und schließlich die Bewertung der vorgefundenen subjektiven Faktoren ab. **Zweitens** geben wir einen Überblick über die wesentlichen, bisherigen Reflexionen und Analysen über Hauptprobleme der SV. Deren analytischen Verkürzungen stehen dabei im Mittelpunkt unseres Interesses. **Drittens** soll dann auf der Basis einer Befragung von Selbstverwaltern eine erste Annäherung an ihre Rolle als "subjektiver Faktor" in der GKV-Politik versucht werden.[41]

---

[41] Die Analyse sieht sich als einen Beitrag zur "Auslotung der realen Handlungsmöglichkeiten potentieller Träger gesundheitspolitisch fortschrittlicher Entwicklungen" und zur "Offenlegung der Feinmechanik der Macht in der Gesundheitspolitik." (Rosenbrock 1984, S.145)

1.1 Erkenntnisleitende Positionen und Zielsetzungen unserer Untersuchung

Entsprechend der Zweiteilung unserer Untersuchung in einen ersten Teil, der sich mit verschiedenen theoretischen und empirischen Untersuchungen der Strukturprobleme und Funktionsprobleme der SV in der GKV und einen zweiten, der unsere eigenen empirischen Arbeiten enthält, gibt es zwei Hypothesenkomplexe.

Für den ersten Bereich lassen sich folgende erkenntnisleitende Positionen formulieren:

Die Mehrzahl der vorliegenden Arbeiten orientiert sich strukturtheoretisch. Dabei unterlaufen ihnen jeweils eine Reihe von Verabsolutierungen einzelner oder auch kombinierter struktureller Faktoren (Parität, Staatsdominanz), was u.a. eine verkürzte und reduzierte Darstellung des tatsächlichen sozialen Prozesses bzw. der gesellschaftlich-politisch-organisatorischen "Aktionsweise" des untersuchten sozialen Geschehens "als operatives und interpretatives Tun"[42] nach sich zieht.

Entscheidendes Defizit ist dabei die Unfähigkeit, reale Veränderungen interpretieren bzw. zukünftige Aktivitäten innovativer Natur antizipieren zu können.

Die Grenzen zeigen sich entweder im kontrafaktischen Rückfall oder Verharren in einem strukturtheoretischen Fatalismus, demzufolge sich in der GKV/SV nichts mehr bewegen könne oder in der Einführung extrem personalistischer oder undurchschaubaren Erklärungen für Veränderungen.

Entscheidend ist eine methodische Verengung gerade strukturtheoretischer Positionen auf eindimensionale und scheinbar widerspruchsfreie Strukturen. Dabei vernachlässigen und/oder ignorieren diese Analysen vorhandene, dem Prozeß des gesellschaftlichen Umgangs und der Funktionen von Gesundheitspolitik entspringende Widersprüche. Zum Beispiel gilt dies für den Widerspruch zwischen Integrations- und Leistungsfunktion in der Gesundheitspolitik. Die der gesellschaftlichen Ressource Gesundheitspolitik jeweils zugleich inhärenten hemmenden und fördernden Faktoren werden ebenfalls nicht oder zu wenig berücksichtigt.

---

[42] Tjaden 1972, S.235

□-

Während sich für strukturtheoretische Arbeiten "Gesundheitspolitik der SV" letztlich als das subjektlose und den Akteuren aufgeherrschte Wirken eherner Gesetze darstellt, sind wir der Ansicht, daß sie die Form der Auseinandersetzung mit und über diese verschiedenen Bedingungen ist und das Resultat maßgeblich von dieser Auseinandersetzung abhängig ist.

Daher rührt theoretisch wie praktisch unser Interesse an den internen Bedingungen und der Aktionsweise der GKV/SV.

Unserer empirischen Untersuchung liegen folgende Überlegungen bzw. Erwartungen zugrunde:

Es gibt unter den SV-Akteuren ein entwickeltes, differenziertes Problembewußtsein und Ansätze zu Handlungsorientierungen zu wichtigen alternativen gesundheitspolitischen Fragen. Dies weicht einerseits deutlich von der Realität der GKV-Leistungen ab, d.h. man kann unter den SV-Akteuren überschießendes Wollen, gefesseltes oder verschüttetes gesundheitspolitisches Bewußtsein finden. Andererseits entspricht oder reflektiert diese Bewußtseinsstruktur auch eine Reihe (nicht alle!) von objektiv erforderlichen Aktivitäten.

Bestimmte Teile der Selbstverwaltung haben ein problemadäquates Bewußtsein, d.h. es bestehen keine Dissonanzen zu den Anforderungen der gesundheitlichen Problemstrukturen. Es bieten sich reale Anknüpfungspunkte, gesundheitswissenschaftliche Alternativkonzepte in und mit Teilen der Selbstverwaltung zu verfolgen.

Es gibt eine Reihe von erkennbaren strukturellen Gründen wie etwa die Kassenzugehörigkeit, berufliche Tätigkeit und die biographischen Erfahrungen mit der SV-Tätigkeit (z.B. Alter und Dauer der Zugehörigkeit zur SV), welche die Einstellung zu Innovation positiv oder negativ beeinflussen. Innovative Einstellungen von Selbstverwaltern hängen also nicht von bestimmten exzeptionellen personalen Konstellationen (große alte Männer) oder vom individualistischen Geschick für informelle Strategien ab. Sie hängen eher von gewissen sozialen Konstellationen und Persönlichkeits-"ausstattungen" der Akteure ab. Insofern findet die bereits zitierte Feststellung, die SV müsse einer der Hauptträger gesundheitspolitischer Veränderungen sein, in den Bewußtseinsformen, Einstellungen, Absichten und Konzepten eines Teils der SV-Akteure einen materiellen Anhaltspunkt und Sockel. Eine derartige Erwartung ist also weder voluntaristisch noch rein spekulativ.

2 Grundprobleme und -strukturen der GKV

Will man die Einstellungen der Akteure in der SV und der GKV untersuchen und bewerten, fällt einer Kenntnis der materiellen Probleme, Prozesse und Strukturen der gesellschaftlichen Gesundheitsverhältnisse eine zentrale Bedeutung zu.[43]

Gesundheitliche Problemlagen sind zwar nicht primär Resultat politischer Entscheidungen und sozialer Gestaltungsprozesse der SV/GKV, stellen aber wichtige Rahmenbedingungen und die Basis für deren Problemartikulationen und Entscheidungsfindung dar.

So ist die Analyse der Adäquanz von Politik und materiellen Problemen und der Angemessenheit von Strukturen, in denen die Bewältigung vorgefundener Problemlagen erfolgt, ein wichtiger Schritt. Die dabei gewonnenen Urteile sind die über Effektivität und Effizienz des selbstverwalteten Regulierungsprozesses. Der Umgang der Akteure mit den Problemlagen ist dann selber eine wichtige Bedingung, die diese stabilisiert, im Sinne der Betroffenen noch verschärft oder mildert. Insofern kommt dem Agieren der gesellschaftlichen Einrichtung GKV auch eine aktive Rolle bei der Entwicklung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung zu.

Die Untersuchung der gesundheitlichen Grundprobleme stellt diese Probleme daher als Bedingung für und Resultat des politischen Umgangs der SV mit ihnen dar.

Unsere Untersuchung der gesundheitspolitischen Hauptprobleme für und in der SV gliedert sich in folgende Punkte:

1. Gesundheitliche Lage und insbesondere die "neuen" Risiken und Anforderungen

2. Funktionalität und Dysfunktionalität der Krankenversorgung - Normative und organisatorische Wandlungsprozesse der GKV

3. Finanzierungsprobleme der GKV

[43] vgl. dazu auch Uni Bremen 1985, S.420 ff.

2.1 Gesundheitliche Hauptprobleme

Bei Betrachtung der administrativ durch die GKV sowie durch andere Sozialversicherungsträger in der BRD wie etwa die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) erfaßten Informationen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung, zeigen sich folgende Haupttendenzen:

Erstens nahm die Lebenserwartung durch eine Absenkung der Säuglings- und Kindersterblichkeit sowie durch den Auf- und Ausbau der Intensivmedizin für ältere Menschen in den letzten Jahrzehnten deutlich zu. In der folgenden Übersicht wird dies gesondert für die Entwicklung der Säuglings- und Kindersterblichkeit in der jüngeren Vergangenheit gezeigt.

Jahr	insgesamt		Davon im Alter von ... bis unter ...							
			Unter 24 Std.		24 Std. – 7 Tage		7-28 Tage		28 Tage-1 Jahr	
	Männl.	Weibl.	Männl.	Weibl.	Männl.	Weibl.	Männl.	Weibl.	Männl.	Weibl.
1960 *	3.771	2.966	-	-	-	-	-	-	-	-
1965	2.655	2.090	1.311	1.021	558	420	186	168	609	489
1970	2.670	2.004	1.152	883	736	496	216	178	587	462
1971	2.601	2.003	1.105	858	679	490	237	196	602	476
1972	2.520	1.940	1.026	780	647	496	240	202	641	490
1973	2.583	1.937	955	753	664	467	246	202	746	533
1974	2.391	1.811	883	667	599	437	247	212	667	499
1975	2.216	1.708	767	588	542	414	233	216	681	498
1976	1.969	1.504	633	530	461	340	232	179	644	455
1977	1.724	1.352	552	428	400	302	199	168	579	459
1978	1.652	1.271	491	387	349	265	195	158	622	466
1979	1.535	1.169	433	347	344	255	186	153	565	407
1980	1.415	1.126	399	332	312	211	165	144	523	427
1981	1.300	1.010	303		220		150		460	
1982	1.204	972	301	269	238	155	156	145	510	404
1983	1.133	891	306	246	213	157	135	113	492	385
1984	1.067	854	282	237	190	135	135	117	461	366
Quelle: Statistisches Bundesamt; * = ohne Berlin-West										

Tabelle 1: Säuglings- und Kindersterblichkeit 1960-1984

Die Hauptursachen dieser Entwicklungen der gesundheitlichen Lebensqualität liegen, wie schon in anderen Untersuchungen zu den kindlichen Infektionserkrankungen nachgewiesen[44] wurde, vor allem in der Verbes-

[44] vgl. McKeown 1982

serung der allgemeinen Hygiene und der sozialen Bedingungen unter denen Kinder aufwachsen und nur zum geringeren Teil an medizinischen Interventionen.

Die folgende Übersicht beleuchtet die Bedeutung der Kindersterblichkeit für die Lebenserwartung in einer fast hundertjährigen Längsschnittbeobachtung und zeigt den langfristigen Trend der Verlängerung an.

	Durchschnittliche fernere Lebenserwartung bei vollendetem Alter von ... Jahren									
	0	1	10	20	30	40	50	60	70	80
1871/80	35,58	46,25	46,51	38,45	31,41	24,46	17,98	12,11	7,34	4,10
1891/1900	40,56	51,85	49,66	41,23	33,46	25,89	19,00	12,82	7,76	4,23
1901/10	44,82	55,12	51,16	42,56	34,55	26,64	19,43	13,14	7,99	4,38
1924/26	55,97	62,24	55,63	46,70	38,56	30,05	21,89	14,60	8,74	4,77
1932/34	59,86	64,43	57,28	48,16	39,47	30,83	22,54	15,11	9,05	4,84
1949/51	64,56	67,80	59,76	50,34	41,32	32,32	23,75	16,20	9,84	5,24
1960/62	66,86	68,31	59,88	50,34	41,14	31,91	23,10	15,49	9,60	5,24
1970/72	67,41	68,20	59,68	50,21	41,00	31,77	23,05	15,31	9,35	5,36
1973/75	68,04	68,70	60,10	50,59	41,27	32,01	23,30	15,54	9,42	5,37
1975/77	68,61	68,98	60,35	50,84	41,53	32,26	23,56	15,80	9,58	5,47
1977/79	69,36	69,52	60,86	51,31	42,01	32,71	24,00	16,22	9,88	5,71
1979/81	69,90	69,91	61,22	51,63	42,28	32,94	24,19	16,41	10,01	5,70
1980/82	70,18	70,11	61,40	51,79	42,42	33,07	24,30	16,51	10,09	5,73
				Weiblich						
1871/80	38,45	48,06	48,18	40,19	33,07	26,32	19,29	12,71	7,60	4,22
1891/1900	43,97	53,78	51,71	43,37	35,62	28,14	20,58	13,60	8,10	4,48
1901/10	48,33	57,20	63,35	44,84	36,94	29,16	21,35	14,17	8,45	4,65
1924/26	58,82	63,89	67,11	48,09	39,76	31,37	23,12	15,51	9,27	5,06
1932/34	62,81	66,41	59,09	49,84	41,05	32,33	23,85	16,07	9,58	5,15
1949/51	68,48	71,01	62,84	53,24	43,89	34,67	25,75	17,46	10,42	5,57
1960/62	72,39	73,46	64,93	55,17	45,53	36,09	27,00	18,48	11,12	5,85
1970/72	73,83	74,32	65,70	55,97	46,30	36,77	27,65	19,12	11,63	6,16
1973/75	74,54	74,91	66,25	56,49	46,80	37,24	28,10	19,53	11,92	6,31
1975/77	75,21	75,36	66,67	56,92	47,23	37,66	28,49	19,91	12,22	6,50
1977/79	76,07	76,05	67,33	57,56	47,88	38,30	29,10	20,48	12,71	6,89
1979/81	76,59	76,44	67,70	57,91	48,20	38,60	29,36	20,69	12,87	6,91
1980/82	76,85	76,66	67,90	58,10	48,37	38,78	29,52	20,82	12,99	6,98
Quelle: Statistisches Bundesamt, WiSta 1/1984										

Tabelle 2: Entwicklung der Lebenserwartung 1871-1982

Für die nächste Zukunft zeichnet sich eine absolut zunehmende Anzahl von älteren, d.h. über 60- und besonders auch über 80-jährigen Menschen

□-

ab: 1984 betrug der Anteil der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung der BRD rund 20%. Für das Jahr 2030 wird ein Anteil von 37% erwartet, unter denen fast doppelt soviel ältere Frauen als Männer leben werden. 1950 gab es ca. 500.000 über 80-Jährige, in der Mitte der 80-er Jahre 1,36 Millionen, Anfang der 90-er Jahre wird bereits mit mindestens 2 Millionen gerechnet.[45]

Die wachsende Anzahl der alten und hochbetagten Menschen ist einerseits ein positives Ergebnis sozialer und medizinischer Veränderungen und Intervention, birgt aber andererseits auch neue Probleme in sich. Zum einen handelt es sich um die Existenz einer enormen altersspezifischen Multimorbidität insbesondere bei den Hochbetagten. Dieser Multimorbidität wird im derzeit existierenden kurativen Krankenversorgungssystem noch weitgehend mit dessen auf Heilung gerichteten Mitteln, d.h. vor allem durch eine umfassende, kostenmäßig anwachsende und qualitativ nicht mehr kontrollierbare Medikalisierung begegnet. Die Medikalisierungsdynamik bei alten Menschen drückt sich insbesondere in der wachsenden Verordnung und Einnahme von Medikamenten aus. Dies zeigt sich beispielsweise in der folgenden Übersicht, in der die verordneten Tagesdosen pro Krankenversicherten nach Altersgruppen wiedergegeben sind:

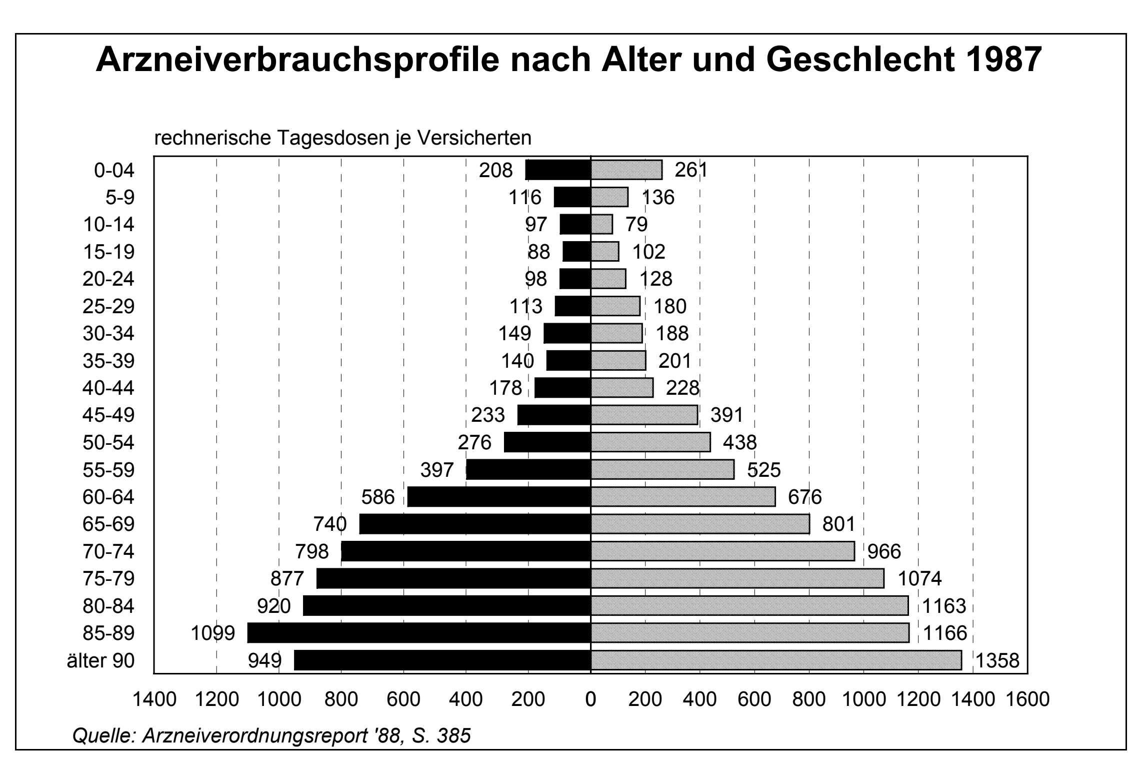


Abbildung 1: Arzneiverbrauchsprofile nach Alter und Geschlecht 1987

---

[45] Diese und weitere Zahlen sind bei Braun/Georg 1988 zusammengestellt.

Neben der grundsätzlichen Kritik am medikamentenorientierten Umgang mit Krankheit existieren gerade aus der jüngsten Zeit äußerst kritische Beurteilungen der Medikalisierung von älteren Menschen und ihres spezifischen gesundheitlichen Zustands durch Medikamente.

Vorrangig wird an der Adäquanz und Effektivität der medikamentösen Behandlung bei überwiegend chronischen, d.h. nicht mehr reversiblen Erkrankungen bei alten Menschen gezweifelt. Diese Zweifel werden durch Hinweise auf die iatrogenen Folgen des medikamentösen Umgangs mit Krankheit gerade in dieser Altersgruppe gestützt.

So kritisieren etwa Pharmakologen am Psychopharmakaverbrauch alter Menschen[46] folgendes:

> *"Der entscheidende Faktor für die therapeutische Wirksamkeit, wobei die Sinnhaftigkeit einer Pharmakotherapie ersteinmal unbestritten sein soll..., ist die zeitliche Begrenzung der Therapie. Da diese aber weder bei den älteren Menschen noch bei den unter 60-jährigen eingehalten wird, müssen alle Psychopharmaka vor allem für den Alterspatienten sehr kritisch gewertet werden, da bei zahlreichen Substanzen altersgemäß die Fähigkeit zur Elimination abnimmt, so daß Kumulation mit zunehmender Einschränkung der intellektuellen und motorischen Fähigkeiten resultieren kann. Ferner sollte nach unumstrittener Expertenmeinung darauf hingewiesen werden, daß chronische Schlafstörungen nicht durch Dauerverordnungen von Schlafmitteln und Tranquilizern zu bekämpfen sind. Auch hier sind aber nicht allein Zweifel an der erwarteten und propagierten positiven Wirkung angebracht, sondern auch genau gegenteilige Wirkungen bekannt: Solche Schlafstörungen werden dadurch nur verschlimmert."*

Als ein Resultat der eben beschriebenen Morbiditätssituation älterer Menschen und als eine Teilbestätigung, daß Medikalisierung eine falsche Reaktionsform ist, sowie als Ausdruck sich generell wandelnder, sozialer, in-

---

[46] Dieser ist enorm, d.h. ca.13% der über 60-Jährigen werden dauernd mit Tranquilizern oder Schlafmittel therapiert. Vgl. Einzelheiten im jährlichen erscheinenden Arzneiverordnungsreport, z.B. (Paffrath/Schwabe 1988)

□-

tergenerativer Lebenszusammenhänge[47], entsteht in den letzten Jahren als qualitativ neue gesundheitlich-soziale Problemlage die der Pflegebedürftigkeit.[48]

Hier handelt es sich deswegen um etwas qualitativ Neues, weil hier nicht überwiegend Krankheit beseitigt werden soll und kann, sondern Hilfe bei der Bewältigung umfassender physischer, psychischer, sozialer Leiden und Lebenslagen vermittelt werden muß.

In dem Maße, wie sich aufgrund von sozio-ökonomischen Wandlungsprozessen im Bereich der Frauenerwerbstätigkeit "natürliche" Versorgungszusammenhänge für diese Pflegetätigkeit bei gleichzeitig wachsendem Bedarf auflösen, wird dessen Befriedigung zu einem weiteren Problem der vorhandenen gesellschaftlichen Sicherungssysteme wie der GKV.

Die bisher überwiegend private Bewältigung des Problems ist der Hauptgrund dafür, daß es wenig Informationen zu diesem Problem gibt.

Geschätzt wird die Zahl der Pflegebedürftigen derzeit auf über 1,5 Millionen Menschen[49] , der Anteil der überhaupt Hilfsbedürftigen steigt mit zunehmendem Alter: Von allen über 65-jährigen in der Wohnbevölkerung der BRD waren Mitte der 80-er Jahre 11,1% hilfsbedürftig, davon 1,7% schwer. Bei den über 80-Jährigen bedurften bereits 28,4% einer Hilfe und schon 6,5% waren schwer hilfsbedürftig.[50]

Offenkundig ist, daß die vorrangige Versorgung pflegebedürftiger Menschen durch Heimunterbringung in einer Vielzahl von Fällen genau das Falsche für die Lebensqualität dieser Menschen ist. Es gibt Hinweise auf die geradezu krankmachende Wirkung des Entzugs der eigenen Wohnung. Der etwa in einer Fallstudie an Berliner Altersheimen festgestellte hohe Anteil von psychisch Kranken ist u.a. deswegen hochproblematisch, weil die darin zum Ausdruck kommende relative soziale Isolation mit Sicherheit dysfunktional für diese Gruppe von Kranken ist.

---

[47] Hierunter fallen insbesondere die Konstitution der städtischen Kleinfamilie und die gerade in der jüngsten Vergangenheit steigende Frauenerwerbstätigkeit. Beides löst "bewährte" Versorgungsformen und -verhältnisse im Familienzusammenhang auf.

[48] vgl. als politischen Überblick Zander 1987

[49] Rückert 1982

[50] nach Braun/Georg 1988

Auf den Leidensdruck in Heimen und zugleich auf mögliche Maßnahmen dies zu bewältigen aus dem Bereich der "richtigen Lebenselemente", weist u.a. ein positives Beispiel eines geriatrischen Krankenhauses hin. Die Ausgangssituation innerhalb eines Interventionsprojektes in der Männerabteilung eines Krankenhauses sah wie folgt aus:

> *"Diese Station war diejenige im Krankenhaus mit den am meisten beeinträchtigten männlichen Patienten: Männer, die grob desorientiert waren, die ihre Körperfunktionen nicht kontrollieren konnten, die eine totale Versorgung für 24 Stunden benötigten. Die Medikation wurde über 24 Stunden benötigt und die einfachsten Verrichtungen waren schwierig durchzuführen. Es war eine Station, die große Anforderungen an das Personal stellte und wenig Gutes offerierte. Vor Beginn des Projekts waren 26 der 34 Patienten inkontinent und mußten mit Gürteln festgeschnallt werden, um eine Selbstbeschädigung zu vermeiden. Am Ende des ersten Monats waren es nur noch 17 Patienten, und am Ende des nächsten Monats waren bis auf 9 Patienten alle anderen nicht mehr inkontinent und mußten nicht mehr angeschnallt werden. ... Die Zahl der Patienten, die sich bewegen konnten, (nahm) von 7 auf 25 zu und blieb auf diesem Niveau. Die Medikation mit Psychopharmaka ging stark zurück (von 25 auf 7 Patienten)."*[51]

Die scheinbar triviale Ursache dieser Veränderungen stellte die Einführung eines Alkoholausschanks im Krankenhaus dar, ein Beispiel, das zeigt, "daß das Potential lebensweltlicher Ressourcen in bezug auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Lebenserwartung größere Bedeutung hat als medizinische Maßnahmen."[52]

Zweitens verändert sich in jüngerer Zeit in allen mit der deutschen Gesellschaft vergleichbaren Gesellschaften das Krankheitsartenspektrum. Folgt man einem weithin anerkannten sozialmedizinischen Schema der Krankheitsarten, dann nehmen die chronisch-degenerativen und psychosozial verursachten bzw. bedingten Krankheiten gegenüber den Infektionskrankheiten einen immer größeren Stellenwert ein.

---

[51] Kastenbaum 1979

[52] ebd.

□-

Abbildung 2: Krankheitsartenspektrum

Egal ob auf der Basis von Mortalitätsdaten, Arbeitsunfähigkeitsdaten der GKV oder von Rehabilitationsdaten der GRV, wird dieser Krankheitsartenwandel deutlich.

Todesursachen	1960			1970			1985		
	Insg.	Männl.	Weibl.	Insg.	Männl.	Weibl.	Insg.	Männl.	Weibl.
Tuberkulose	17,0	25,7	9,1	8,3	12,9	4,2	2,0	3,1	1,1
Lungenentzündung	46,3	45,8	46,7	32,4	33,0	31,9	26,2	24,1	28,1
Bösart. Neubild.	218,6	215,4	221,6	221,4	230,2	213,4	249,6	260,5	239,6
Diabetes Mellitus	15,6	10,1	20,5	32,1	22,8	40,4	17,7	12,3	22,6
Herz-Kreisl.-Erkr.	536,8	498,9	571,2	534,4	531,6	536,9	587,9	541,6	630,3
Leberzirrhose	20,1	25,6	15,2	24,6	33,6	16,3	22,2	30,0	15,1
Unfälle	59,9	78,2	43,3	64,3	81,8	48,4	34,3	40,0	29,1
Selbsttötung	19,0	25,3	13,1	21,5	28,5	15,2	20,7	29,4	12,7
Insgesamt	1292,1	1298,9	1285,9	1211,6	1281,7	1147,9	1154,0	1145,5	1161,7
Standardisierte Sterbeziffern; der Einfluß der Veränderung des Altersaufbaus der Bevölkerung auf die Sterblichkeit wird ausgeschaltet. Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 / Reihe 4; eigene Zusammenstellung									

Tabelle 3: Sterbefälle je 100.000 Einwohner nach ausgewählten Todesursachen

Krankheitsgruppe	AU-Fälle je 10.000 Pflichtmitglieder		Veränderung in %	Anteil Krankheit an allen AU-Fällen in %
	1982	1975		

Krankheiten d. Atmungsorgane	2.707	3.072	- 11.9	25,3
Krankh. d. Skeletts, d. Muskeln u. d. Bindegewebes	1.892	1.322	+ 43,1	17,7
Verletzungen u. Vergiftungen	1.880	-	-	17,6
Krankh. d. Verdauungsorgane	1.099	1.109	- 0,9	10,3
Krankh. d. Kreislaufsystems	635	685	- 7,2	5,9
Infektiöse u. parasitäre Krankh.	572	346	+ 65,3	5,3
Krankh. d. Nervensystems u.d. Sinnes-organe	373	399	- 6,5	3,5
Krankh. d. Harn-/ Geschlechtsorg.	367	375	- 2,1	3,4
Krankh. d. Haut u.d. Unterhautzellge-webes	269	271	- 4,4	2,5
Psychiatrische Krankh.	206	137	+ 50,4	1,9
Neubildungen	94	78	+ 20,5	0,9
Krankh, d. Blutes u.d. blutbild. Organe	14	16	- 12,5	0,1
Insgesamt	10.710	8.340	-	100,0
Ohne Unfälle	8.830	8.340	+ 5,9	
Quelle: Steffens, J.: Krankheitsartenstatistik 1982, Ortskrankenkasse Heft 20 (1984), S. 779, eigene Berechnung				

Tabelle 4: Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage nach Krankheitsarten 1975 und 1982, nur Pflichtmitglieder

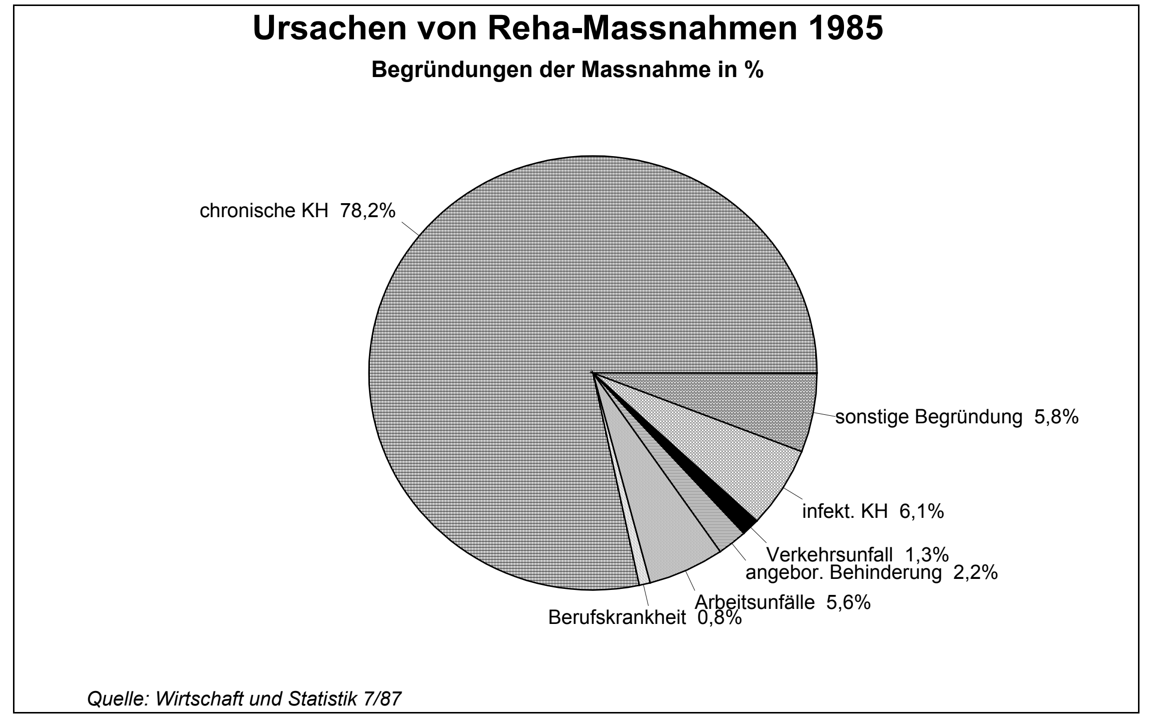


Abbildung 3: Ursachen von Rehabilitationsmaßnahmen 1985

Nichtadministrative, d.h. primär erhobene Daten wie die aus dem Mikrozensus bestätigen diesen Trend.

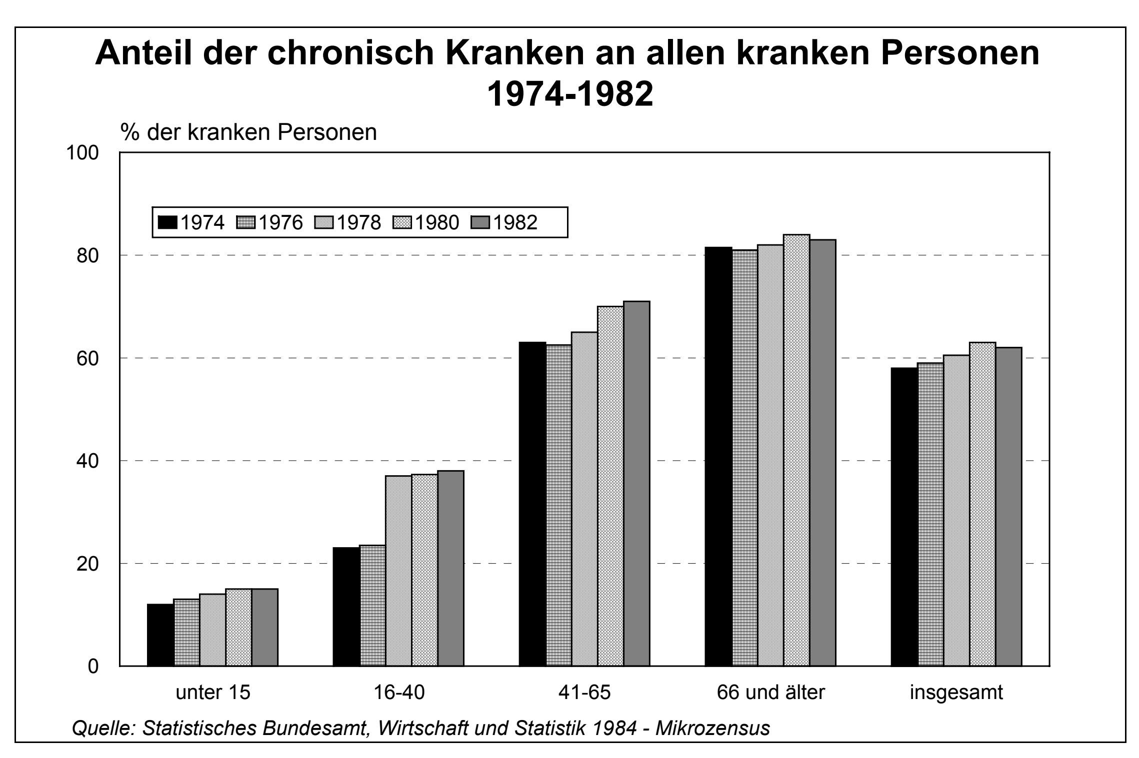


Abbildung 4: Anteil der chronisch Kranken an allen kranken Personen 1974-82

2.2 Funktionalität und Dysfunktionalität der Krankenversorgung und der GKV

Die zuletzt dargestellte Entwicklung stellt wohl das bedeutendste Grundproblem für alle gesundheitspolitischen Regulierungsprozesse und Aktivitäten dar. Ihre Auswirkungen auf überkommene Handlungsroutinen der GKV lassen sich auf drei Punkte zusammenfassen:

Eine auf Entschädigung und Heilung eingetretener Krankheiten orientierte Gesundheitspolitik muß **erstens** immer erfolgloser, teurer und inhumaner werden. An die Seite des GKV-Zweckes "Wiederherstellung Gesundheit" (SGB I) muß mindestens gleichberechtigt, wenn nicht sogar prioritär der Zweck der "Sicherung von Gesundheit", d.h. die Verhinderung des Eintritts insbesondere der letztlich irreversiblen, unheilbaren und oft nur schwer oder mit großen Folgeschäden verbundenen Linderung der Probleme chronisch-degenerativer Krankheiten treten. Über den Stellenwert des medizinischen Handelns, in dessen Mittelpunkt die Heilung von Krankheiten und weder hauptsächlich deren Verhinderung noch Linderung steht, stehen kann und stehen soll, muß in die Richtung nachgedacht werden, ob es durch nicht-medizinische Aktivitäten zu begleiten oder gar zu substituieren ist.

Die zunehmende aber meist an der Oberfläche verharrende Eintracht der verschiedensten gesellschaftlichen Gruppen, der Sozialmedizin und der kurativen Medizin über die Notwendigkeit der Primärprävention, sollte aber nicht von einer eher pessimistisch stimmenden Betrachtung der derzeitigen Realitäten und den sich daraus wiederum ergebenden Einblicke in die Problemintensität ablenken.

Leistungsart	1970	1975	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Behandlung durch niedergelassene Ärzte	21,7	18,5	17,1	17,1	17,4	17,7	17,4	17,3	17,0	16,9
Behandlung durch Zahnärzte	6,8	6,8	6,1	6,2	6,2	6,2	6,0	5,9	6,0	5,9
Arzneien, Heil- u. Hilfsmittel aus Apotheken	16,8	14,6	14,0	14,1	14,1	14,4	14,3	14,5	14,7	15,1
Heil- u. Hilfsmittel von anderen Stellen	2,7	4,2	5,4	5,5	5,1	5,2	5,6	5,7	6,0	6,3
Zahnersatz	3,3	6,9	8,2	8,4	7,3	6,6	6,8	6,7	5,7	5,0
Krankenhausbehandlung	23,9	28,7	28,3	28,3	30,4	30,8	30,6	30,7	31,3	31,5
Krankenhilfe/ Barleistungen	9,8	7,6	7,4	6,7	6,1	5,8	5,8	5,6	5,7	5,9
Vorbeugung/ Früherkennung	1,0	1,7	1,0	1,1	1,1	1,2	1,0	1,0	1,4	1,6
Mutterschaft/ Schwangerenvorsorge	4,4	2,8	3,4	3,4	3,2	2,9	2,4	2,4	2,1	1,9
Sonstige Leistungen *	4,5	3,5	4,8	4,9	4,4	4,4	5,4	5,4	5,3	5,1
Leistungsausgaben insges.	94,7	95,4	95,7	95,7	95,3	95,2	95,3	95,3	95,2	95,2
Verwaltungsausgaben	5,3	4,6	4,3	4,3	4,7	4,8	4,7	4,7	4,8	4,8
Quelle: BMA/KV 45; eigene Berechnungen - * u.a. Vertrauensärztlicher Dienst, Genesendenfürsorge, Sterbegeld										

Tabelle 5: Anteil der Leistungsausgaben an den Reinausgaben der GKV 1970-1987 (in %)

Betrachtet man sich nämlich die in der letzten Übersicht über die letzten Jahre hinweg zusammengestellten präventionsbezogenen Leistungsausgaben der GKV, fällt eine gewaltige Diskrepanz zu den programmatischen Prioritätsbekundungen auf. Es besteht im Grunde ein diametraler Gegensatz zwischen ihnen.

Geht man von der Notwendigkeit der Primärprävention aus, müßte **zweitens** der traditionelle Handlungstypus der Institution GKV geändert werden. War die GKV lange Zeit reaktiv, passiv und auf nachträgliche Regu-

-

lierung meist finanzieller Sachverhalte und Folgen angelegt, deren Wirkung sich in der betriebswirtschaftlich orientierten Abwicklung der Krankenversorgung erschöpfte, verlangt die neue Aufgabe eine radikal andere Vorgehensweise. Um zukünftig irreversible Folgen verhindern zu können, muß die GKV die Ursachen dieser Krankheitsarten analysieren, d.h. aktiv Bedarfsanalyse betreiben. Sie muß aktiv und offensiv in den meist außerhalb ihres direkten Zuständigkeits- und Zugriffsbereichs liegenden Verursachungsbereichen Informationen sammeln und aufbereiten, intervenieren, und zwar nicht mit Geld, sondern mit anderen Medien wie z.B. Wissen, Moral und gesellschaftlichen Risiko- und Nichthandlungsfolgen-Szenarien. Die Wirkung aller dieser Handlungen werden in "Gesundheits-Zuwächsen" gemessen, sind also anders als die Heilung von Krankheit nicht einfach wahrzunehmen.

Die Zunahme der chronisch-degenerativen Krankheiten problematisiert aber nicht nur die Art und Weise der GKV-Handlungen und verlangt deren Formwandel, sondern schließt eine Umordnung der Handlungsorte der GKV ein. Die früher das Krankheitsgeschehen quantitativ und qualitativ dominierenden Infektionserkrankungen wurden sicherlich entscheidend durch soziale Verhältnisse wie z.B. Wohnhygiene mitverursacht. Die Bedeutung der sozialen Arbeits-, Umwelt- und Lebensverhältnisse gegenüber den allerdings nur analytisch präzise zu trennenden individuellen Verhaltensweisen[53] ist aber selbst bei den oftmals multifaktoriell bedingten, heute dominanten chronischen Krankheiten hoch und noch zunehmend.

Das Intervenieren in der durch das private Eigentum an Produktionsmitteln geprägten Arbeitswelt und der durch private Verwertung und politisch legitimierte staatliche Normierung mitgeprägten Umwelt, stellt dann aber eine immer wichtiger werdende Voraussetzung für die Effektivität der GKV dar. Diese Fokussierung ist im Grunde genommen eine zentrale Voraussetzung für die stillschweigende Absicherung der integrierenden Funktion von Sozialpolitik.

Durch den Gang und den Druck der Problemlagen drohen aber Teile der Herrschafts- und die materielle Funktion der GKV auseinanderzugeraten. Zur Herrschaftsseite gehört nämlich auch die Beteiligung der Arbeitgeber

---

[53] Es gibt eine ganze Reihe von Hinweisen, daß besonders gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen wie z.B. das Rauchen oder Alkoholtrinken mit Arbeitsbelastungen in engem Zusammenhang stehen.

an der SV in der GKV. Diese sind aber zugleich soziale Akteure in deren alltäglichen "Zuständigkeitsbereich" ein spezifischer Interventionsbedarf für die GKV entsteht.

Drittens existieren trotz und sogar gerade wegen den formal gleichen Rechten auf gesundheitliche Risikobewältigung und Versorgung noch anwachsende faktische Ungleichheiten bei den Risiken gesundheitlicher Beeinträchtigungen von der Lebenserwartung über die Arbeitsunfähigkeit bis zum Tod. Ungleich sind auch die Chancen verteilt, diese Risiken möglicherweise zu bewältigen. Ungleichheiten der Bewältigung existieren beispielsweise beim Zugang zur Krankenversorgung und der Art und Weise ihrer Durchführung.

Allen Ideologemen über die nivellierte Mittelstandsgesellschaft und die egalisierende Funktion der Sozialversicherung zum Trotz manifestieren sich diese Ungleichheiten entlang der "alten" Klassenlinie zwischen Arbeiterklasse, Mittel- und Oberschichten.

Exemplarisch soll die gesundheitlich ungleichen Risiken an den Risikopunkten Säuglingssterblichkeit, Arbeitsunfähigkeit und Mortalität dargestellt werden. Mit dieser Auswahl ist u.a. beabsichtigt die lebenslänglich-biographische Prägung der sozialen Lebenslage durch derartige ungleichen Gesundheitsrisiken zu verdeutlichen.

Bei der Säuglingssterblichkeit ist das Risiko der aus insgesamt schlechten sozialen Verhältnissen – hierfür stehen Indikatoren der Familienform - kommenden Säuglinge zu sterben, erheblich höher als beim Durchschnitt oder bei Säuglingen aus "besseren" sozialen Verhältnissen.

□-

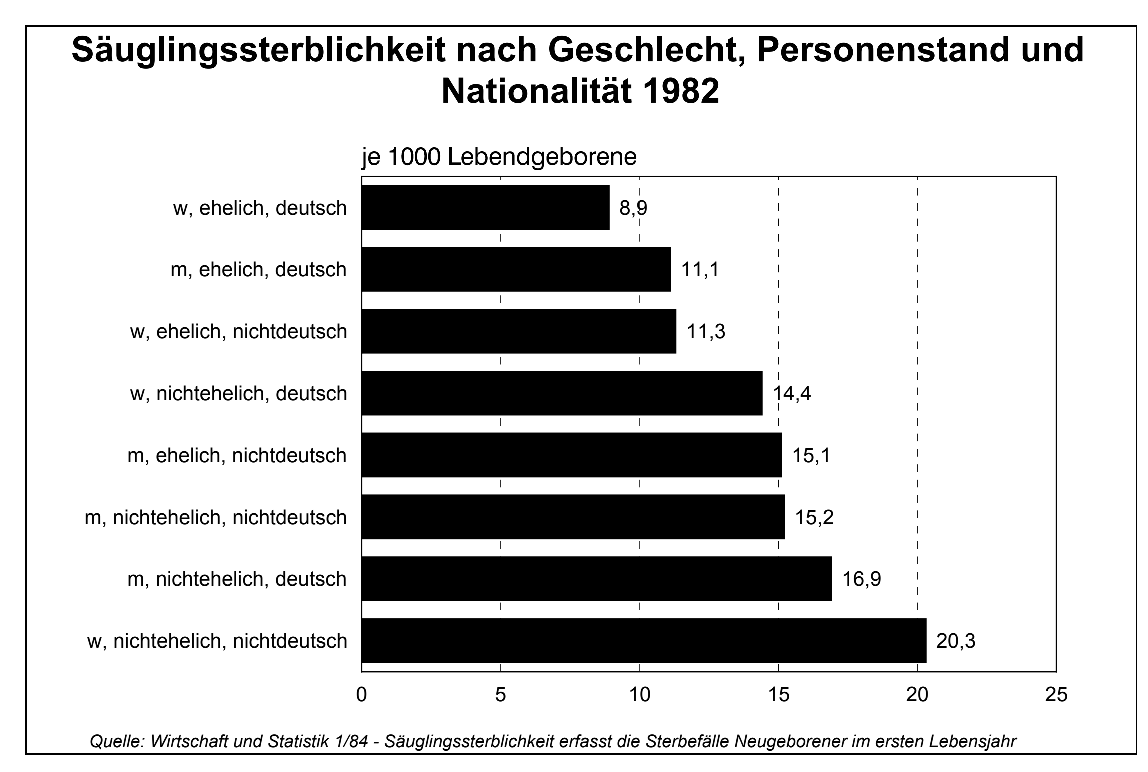


Abbildung 5: Säuglingssterblichkeit nach Geschlecht, Personenstand und Nationalität der Eltern

Bei den Arbeitsunfähigkeitsfällen zeigt sich ein deutlich erhöhtes Risiko für diejenigen Arbeiter, die unter ausgeprägteren Belastungsverhältnissen arbeiten müssen.

Merkmale und Erkrankungen	Stark belastet	Stark belastet	Wenig belastet	Wenig belastet	Durchschnitt aller Gruppen
Belastungen	Nachtarbeit Leistungslohn Taktarbeit Steharbeit Monotonie	Schicht mit und ohne Nachtarb. Taktarbeit Vibration Lärm Steharbeit Schwerarb. Monotonie	Zugluft teilweise: Steharbeit Konzentration	Zugluft Steharbeit Monotonie	
Pflichtversicherte	9.400	1.700	1.500	1.000	180.000
15-29jährige in %	30	24	25	17	27
30-45jährige in %	46	46	42	31	43
> 45jährige in %	24	30	33	52	30
Frauenanteil in %	7	26	13	17	13
Ausländeranteil in %	18	27	4	9	19
AU-Fälle pro 100 V.	251,8	216,3	105,8	126,2	190,6
AU-Tage pro Fall	17,3	38,3	13,2	23,2	15,0
davon:					

Herzbeschw./-infarkt	3,5	3,1	1,3	3,5	2,8
Kreislauferkr.	6,1	12,7	2,7	4,0	5,9
Ulcus	2,5	3,5	1,2	2,0	1,9
Magen-funk.störungen	12,2	14,5	2,9	4,4	7,8
Wirbelsäulenerkr.	37,5	35,7	16,8	19,7	27,0
Rheumatische Erkr.	14,9	16,2	4,5	7,8	10,9
Akute Atemwegserkr.	62,5	40,8	24,6	29,8	46,6
Lesebeispiel: Im Durchschnitt aller 180.000 Untersuchten traten 190,6 AU-Fälle/100 Versicherten auf. Bei der hoch belasteten Gruppe 17 aber 251,8 AU-Fälle pro 100 Versicherten. Quelle: Braun u.a. 1984, S. 144					

Tabelle 6: Arten und Umfang von Erkrankungen nach Belastungsgruppen

Das Beispiel zur Mortalität in der Region Stuttgart ist insofern interessant, weil es zeigt, daß selbst im Falle des landläufig als Manager- bzw. Oberschichtenkrankheit und Todesursache eingeschätzten Herzinfarkts, Arbeiter ein höheres Risiko tragen.

Berufsgruppe	Gesamt	Magen-Ca.	Kolonrektum-Ca.	Bronchial-Ca.	Myokard-infarkt	Leberzirrhose
Einf. Beamte, Angest., Arbeiter	1498	160	117	234	746	543
Mittl. Beamte, Angest., Handw., Facharbeiter	922	97	99	195	472	252
Gehob. Beamte, Angest., Handwerksmeister	687	47	94	61	449	136
Höhere u. leitende Beamte, Angest., freie Akad.	582	23	64	58	382	75
Quelle: Sachverständigenrat KaiG 1987, S. 178						

Tabelle 7: Mortalität nach Berufsgruppen in Stuttgart - Männer 30 bis unter 70 Jahre je 100.000, 1976-78

Wenn man so will, ist ein Teil der ungleichen Erkrankungsrisiken schon mit Resultat ungleicher Chancen zur Vermeidung oder Frühbehandlung von Erkrankungen, d.h. ungleicher Versorgungschancen. Hier wiederum können es ungleiche Chancen oder sozial spezifische Erschwernisse des Zugangs oder der faktischen sozialen Ungleichbehandlung in Versorgungssituationen. Dabei bleibt hier noch offen ob die vorrangig gewählten medizinischen Versorgungsformen überhaupt geeignet sind, die Mehrzahl der Risiken adäquat bzw. effektiv bewältigen zu können.

Die Ungleichheit der Versorgungschancen zeigt sich am Beispiel der Inanspruchnahme und Wirksamkeit unterschiedlicher Früherkennungsmaßnahmen.

□-

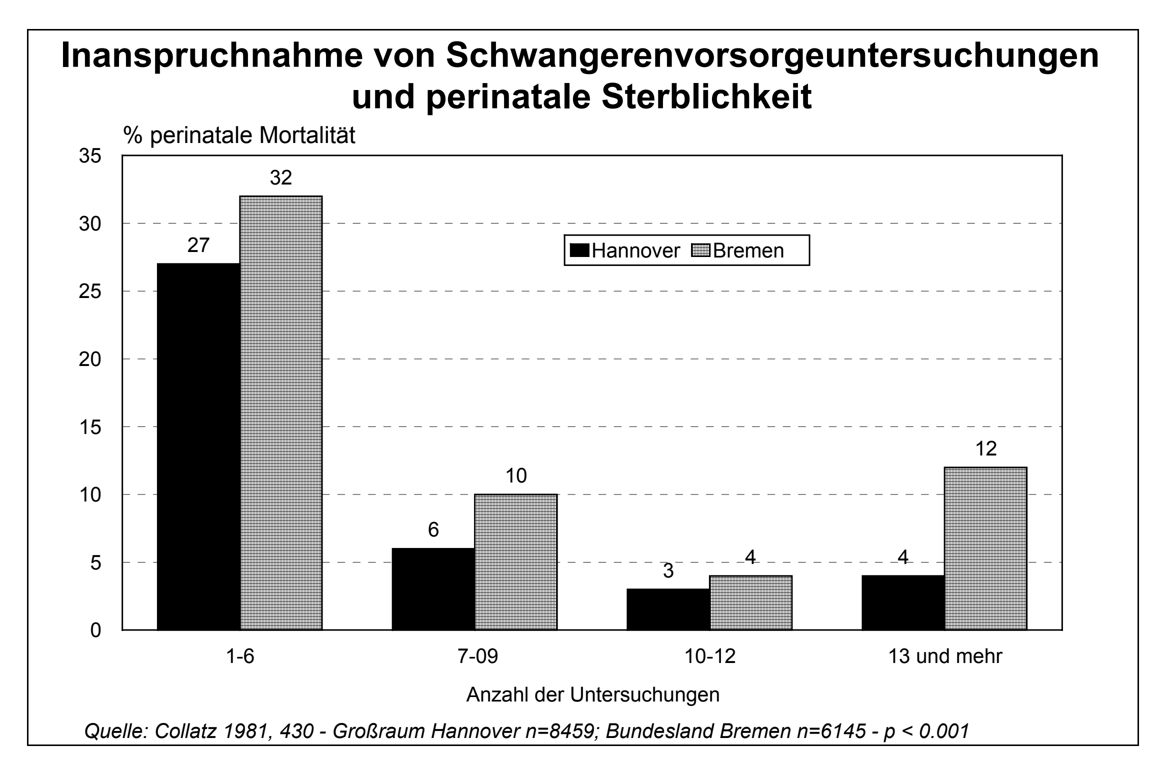


Abbildung 6: Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen und Häufigkeit der perinatalen Sterblichkeit

Neben den nicht näher untersuchten aber offensichtlichen sozialen Unterschiede beim Zugang zu den formal jeder Frau offenstehenden Versorgungsangeboten, gibt es aber selbst noch nach einem erfolgreichen Zugang zum Versorgungssystem mindestens eine weitere subtile Form der Ungleichbehandlung.

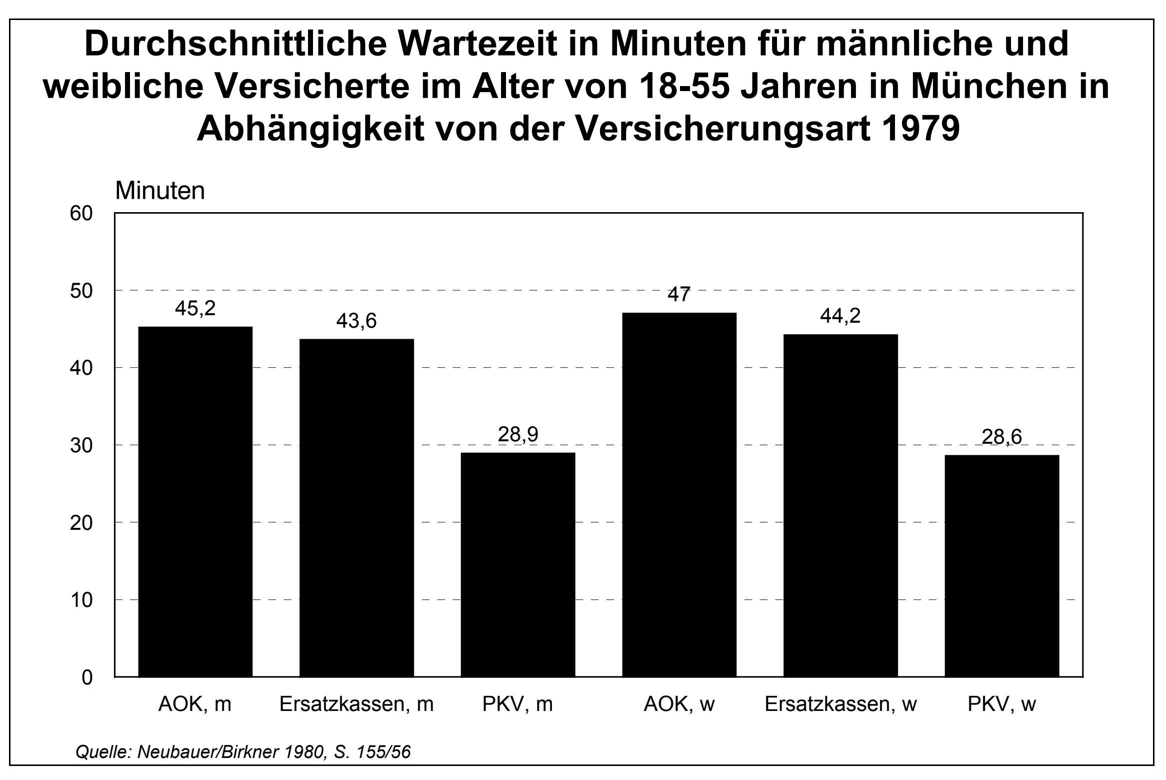


Abbildung 7: Durchschnittliche Wartezeit für Versicherte im Alter von 18 bis 55 Jahren in Abhängigkeit von der Versicherungsart München 1979

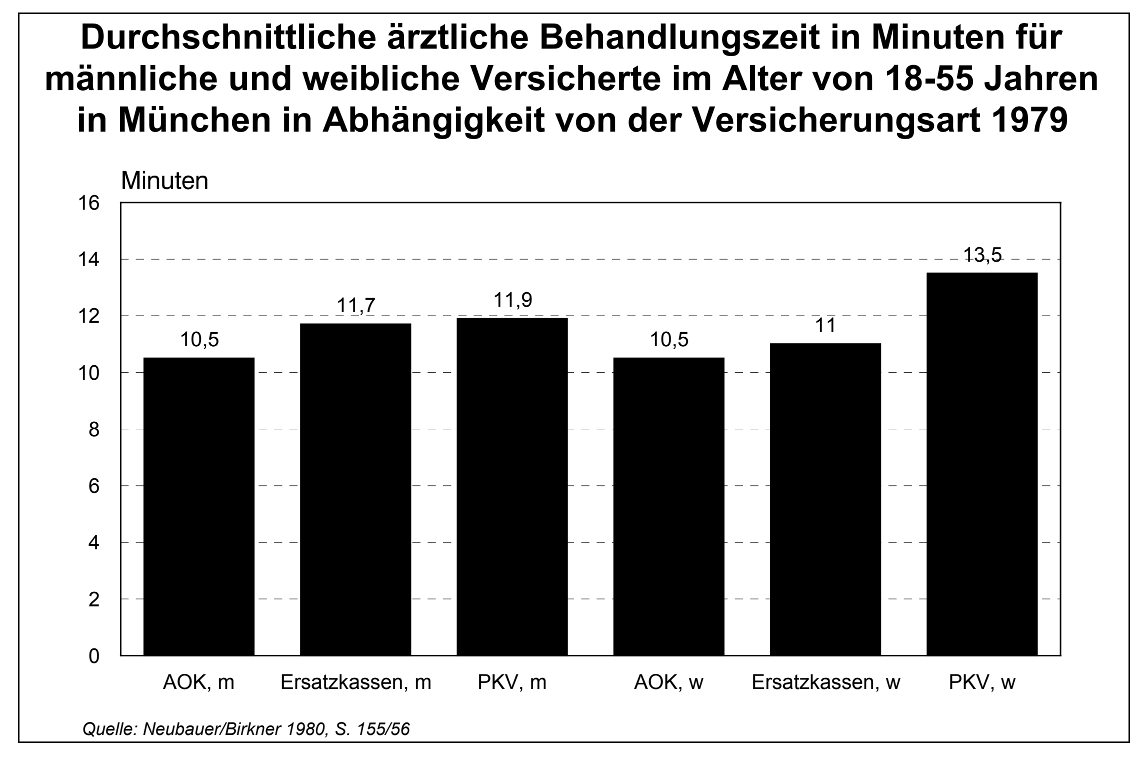


Abbildung 8: Durchschnittliche ärztliche Behandlungszeit für Versicherte im Alter von 18 bis 55 Jahren in Abhängigkeit von der Versicherungsart München 1979

Selbst wenn dies mangels empirischer Kausalananalysen schwer belegbar ist, ist die These, die diagnostische und therapeutische Qualität der

□-

Versorgung würde mit abnehmendem zeitlichen Aufwand sinken plausibel. So werden besonders die zeitintensiven Elemente des ärztlichen Handelns wie Anamnese und Beratung reduziert. [54]

Darüberhinaus weist die gesamte Versorgungsqualität im Gesundheitsbereich erhebliche prinzipielle Defizite, Mängel und effektivitätshemmende Strukturen auf.

> *"Ursache dieses Problems ist die Dominanz des naturwissenschaftlichen Krankheitskonzeptes mit seiner Überbetonung der kurativen Medizin, seiner tendenziellen Blindheit gegenüber psychosozialen Entstehungs- und Verlaufsfaktoren, seiner Konzentration auf Krankheit statt Krank-Sein. Der Patient gerät immer nur als Objekt oder als Träger eines Symptoms, als der ‚Infarkt' usw. in ein hochroutinisiertes Dienstleistungssystem; seine Wünsche, Ängste, seine Vorstellungen über Gesundheit/Krankheit, seine Lebensumstände finden in diesem System keine Beachtung."*[55]

Als ein grundlegendes Problem der GKV erwies sich bereits die Unterentwicklung des Präventionsprinzips. Für das etablierte medizinische Versorgungssystem gilt dessen Vernachlässigung sogar im besonderen Maße. Selbst wenn neuerdings Teile der Medizin selber ihre Erstarrung in kurativen Handlungsroutinen beklagen und präventive Kompetenz und Zuständigkeit reklamieren, ist real noch nichts davon zu bemerken. Dazu gibt es prinzipielle Einwände gegen die Fähigkeit der Medizin, ihre Kompetenz in eine präventive Richtung auszudehnen.

Für die praktische Skepsis spricht vor allem die Effektivität der Arbeitsmedizin, die bereits seit Jahrzehnten faktisch, und seit 1974 mit dem Arbeitssicherheitsgesetz auch normativ abgesichert versucht, Ursachenforschung und Prävention im Bereich der arbeitsbedingten Erkrankungen zu betreiben.[56]

---

[54] vgl. hierzu auch Brucks/Wahl 1987

[55] Badura u.a.1981, S.14

[56] So lautet der § 3 Abs.1 des ASiG: "Sie (die Betriebsärzte - d.Verf.) haben insbesondere ...Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen zu untersuchen, die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten und dem Arbeitgeber Maßnahmen zur Verhütung dieser Erkrankungen vorzuschlagen."

Eine Fülle mehr oder minder bekannter und mächtiger externer[57] sowie

□-

interner[58] Restriktionen behindert diesen Auftrag nachhaltig.

Ein Indikator für die Effektivitätsprobleme ist die Entwicklung der Frühinvalidität durch Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsberentungen. Ihre Relevanz soll bezüglich der GKV am Anteil der "jungen", d.h. überwiegend frühinvaliden Rentner in der Versichertenschaft verdeutlicht werden.

Eine durchaus repräsentative Modellstudie in der Region Heilbronn förderte folgende altersspezifischen Frühinvalidenanteile zu Tage:

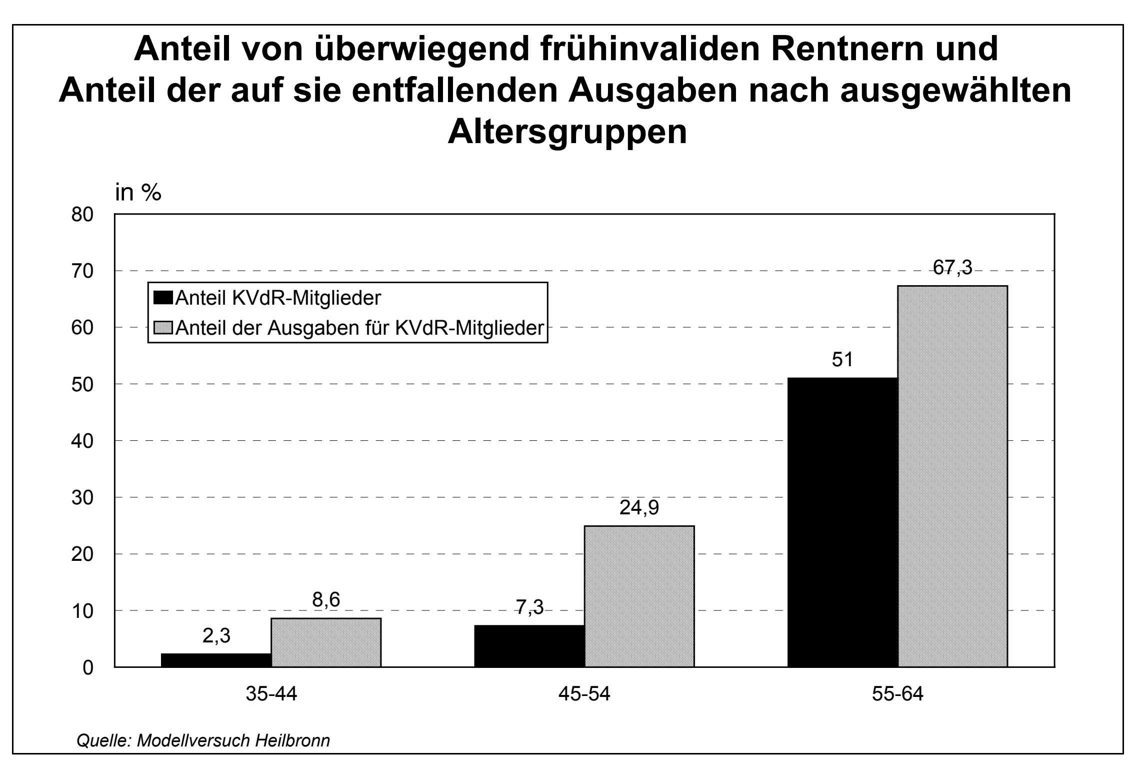


Abbildung 9: Anteil von überwiegend frühinvaliden Rentner und ihre Ausgabenanteile

Die Vernachlässigung der psychosozialen Dimension von Krankheiten läßt sich trotz einer jahrelangen wissenschaftlichen und praktischen Diskussion über ihre Relevanz aktuell in verschiedener Art und Weise belegen:

So verzeichnen technische Diagnostik und Apparatemedizin im Zeichen eines verbreiteten „Null-Risiko-Denkens“[59] der Medizin so enorme Zuwachsraten, daß in Analogie zu militärischen Kalkülen der Aufbau einer diagnostischen „over-kill-capacity“ (Stefan Kirchberger) kritisiert wird.

Für die letzten Jahre zeichnet die nächste Übersicht diesen, mit einer Stagnation persönlicher kommunikativer Leistungen einher gehenden Prozess, deutlich nach.

Gruppe	Leistungen		Umsatz		Preiseffekt	Veränderungen in %		
	In Mio	In %	In Mio	In %		Menge	Struktur	Umsatz
Beratungen	338,4	29,7	2552,2	22,2	4,0	- 0,5	0,1	3,6
Besuche	39,2	3,4	1029,6	9,0	4,0	4,4	- 0,1	8,5
Eingehende Untersuch.	107,4	9,4	1204,0	10,5	4,0	4,6	0,0	8,8
Grundleistungen insg.	485,0	42,6	4785,7	41,7	4,0	1,0	0,8	5,9
Ambulantes Operieren	0,8	0,1	46,3	0,4	4,0	23,1	2,1	30,7
Labor	201,7	17,7	1309,9	11,4	- 2,6	2,1	- 0,1	- 0,7
Ultraschall	6,5	0,6	254,0	2,2	4,0	49,1	- 4,4	48,2
EKG	10,6	0,9	309,4	2,7	4,0	9,0	0,9	14,4
EEG	1,0	0,1	63,6	0,6	4,0	11,2	0,0	15,7
Strahlendiagnostik	27,0	2,4	998,6	8,7	4,0	3,5	- 2,0	5,5
Computertomographie	0,4	0,0	99,8	0,9	- 11,4	48,4	1,7	33,5
Techn. Diagnostik (ohne Labor) insg.	45,4	4,0	1725,3	15,0	3,2	10,0	0,1	13,7
Übrige Leistungen	405,3	35,6	3605,3	31,4	4,1	5,8	3,1	13,6
Alle	1138,1	100,0	11472,6	100,0	3,1	3,2	2,1	8,6
Quelle: WidO-Leistungsreport Ärzte in Reiners 1987, S. 167								

Tabelle 8: Leistungsstruktur der kassenärztlichen Versorgung 1985 im Vergleich zu 1983

Dabei stehen psychische und soziale Auswirkungen dieses Umgangs der Medizin mit Gesundheit bzw. kranken Menschen, d.h. seine Objektrolle innerhalb des technischen Geschehens, mindestens gleichrangig neben den ökonomischen Implikationen dieser Art von Versorgungsschwerpunktsetzung.

Zahlreiche frühere Arbeiten[60] über die „Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung“[61] und die Existenz sowie absehbare Folge der Unfähigkeit, des Unwillens oder einer Mischung beider Faktoren zur Auseinandersetzung mit der Existenz psychisch-sozialer Komponenten von Krankheit, wurden jüngst durch eine umfangreiche Studie zur Herzinfarkt-Rehabilitation bestätigt und weitergeführt.

Wie die folgende Übersicht zum Verhältnis von Patientenerwartungen und Arztverhalten im Akutkrankenhaus zeigt, verharrt Medizin selbst bei aktivem Drängen der Patienten und bei hoher Plausibilität der Notwendigkeit nichtmedizinischer Hilfen für die Rehabilitation innerhalb eines engen Konzepts kurativer naturwissenschaftlicher Beratung.

□-

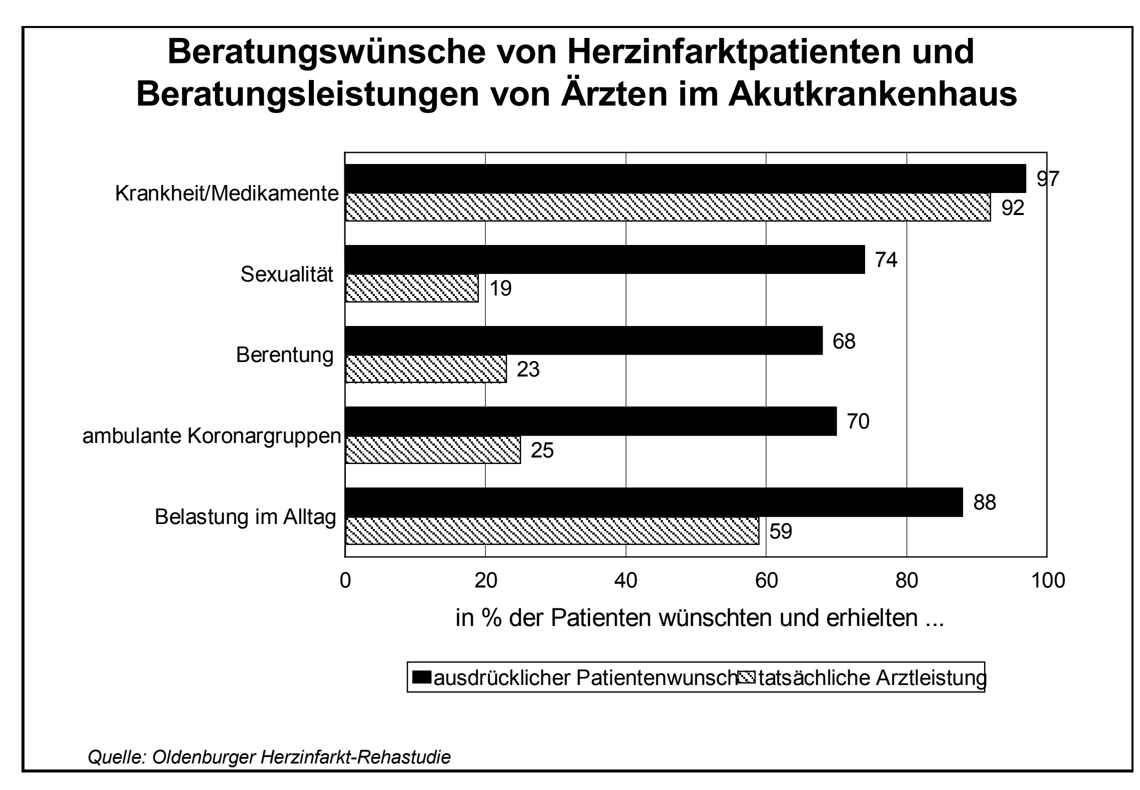


Abbildung 10: Beratungswünsche von Herzinfarktpatienten und Beratungsleistungen von Ärzten im Akutkrankenhaus

Die in der Oldenburger Herzinfarktstudie zuletzt festgestellte Diskrepanz von Patienteninteressen und Medizinerreaktion im Bereich der nichtmedizinischen Selbsthilfe in Koronargruppen verweist auf das "völlige" oder weitgehende "Fehlen irgendwelcher Partizipationsmöglichkeiten für Patienten"[62] im Gesamtkonzept der medizinischen Versorgung. Zugleich verdeutlicht das zitierte Fallbeispiel den massiven Widerstand, wenn kollektive Forderungen nach nichtmedizinischen Leistungen über partizipative Strukturen an die Medizin herangebracht werden.

2.3 Finanzierungsprobleme der gesundheitlichen Versorgung

Neben den bisher skizzierten qualitativen Folgen des Wandels der Krankheitsarten, deren Bewältigungsformen und -chancen spielen schließlich Finanzierungs- und Kostenfragen eine gewaltige, politisch von vielen Akteuren in der GKV sogar als entscheidend eingestufte Rolle.

Jahr	Gesundheitsausgaben insges.		Gesundheitsausgaben je Kopf in jeweiligen Preisen und Index				Gesundheitsausgaben je Kopf in Preisen von 1970 und Index			
	In Mrd. DM	In % BSP	DM	1970 = 100	1975 = 100	1980 = 100	DM	1970 = 100	1975 = 100	1980 = 100
1970	70,3	6,4	1.159	100			1.159	100		

1975	134,6	9,1	2.177	188	100		1.516	131	100	
1980	196,3	9,2	3.188	275	146	100	1.793	155	118	100
1981	208,2	9,5	3.375	291	155	106	1.798	155	119	100
1982	209,9	9,5	3.406	294	156	107	1.726	149	114	96
1983	217,4	9,4	3.539	305	163	111	1.737	150	115	97
1984	229,5	9,5	3.752	324	172	118	1.804	156	119	101
1985	241,5	9,6	3.958	342	182	124	1.868	161	123	104
Quelle: Wirtschaft und Statistik 8/1987; eigene Berechnungen (Reiners 1987, S. 41)										

Tabelle 9: Entwicklung der Gesundheitsausgaben 1970 bis 1985

Ein Blick auf die verschiedensten Indikatoren der Kostenentwicklung in der GKV seit 1970 zeigt für die letzten Jahre nicht die immer wieder zur Beschreibung der Lage und Begründung von konkreten Gegenstrategien (z.B. die Einführung von Selbstbeteiligung) bemühte "Kostenexplosion". Es wird lediglich ein im Gleichklang mit verschiedenen volkswirtschaftlichen Größen stehender Anstieg auf einem allerdings zwischen 1970 und 1975/76 vor allem durch neue Leistungen und den Einbezug neuer Mitgliederkreise in die GKV "explosionsartig" angehobenen Niveau sichtbar. Darüber hinaus existieren gleichwohl Kostenstrukturen, die problematisch sind. So bleibt vor allem die Einnahmenseite hinter der Betrachtung der Ausgabenseite ziemlich unbeachtet. Konsequent werden dann die Ursachen der GKV-Finanzsituation ausschließlich bei den Versicherten gesucht und in Form von Selbstbeteiligungsregelungen "bekämpft". Vergleichbares für die Einnahmenseite findet sich nicht. Diese entscheidet jedoch bei sonst gleichbleibenden Bedingungen über die Höhe des Beitragssatzes. Dieser stellt einen prozentualen Anteil an der Grundlohnsumme, d.h. der Lohn- und Gehaltssumme der krankenversicherten Beitragszahler dar und ist insofern auch von der Veränderung dieser Summe abhängig.

Wie die folgende Übersicht zeigt, hat sich der Anteil der Arbeitseinkommen am Volkseinkommen seit 1982 zugunsten der Gewinneinkommen und Einkommen aus Vermögen verringert. Um die dann auftretenden Einnahmeverluste kompensieren zu können, mußte die GKV den Beitragssatz entsprechend erhöhen.

□-

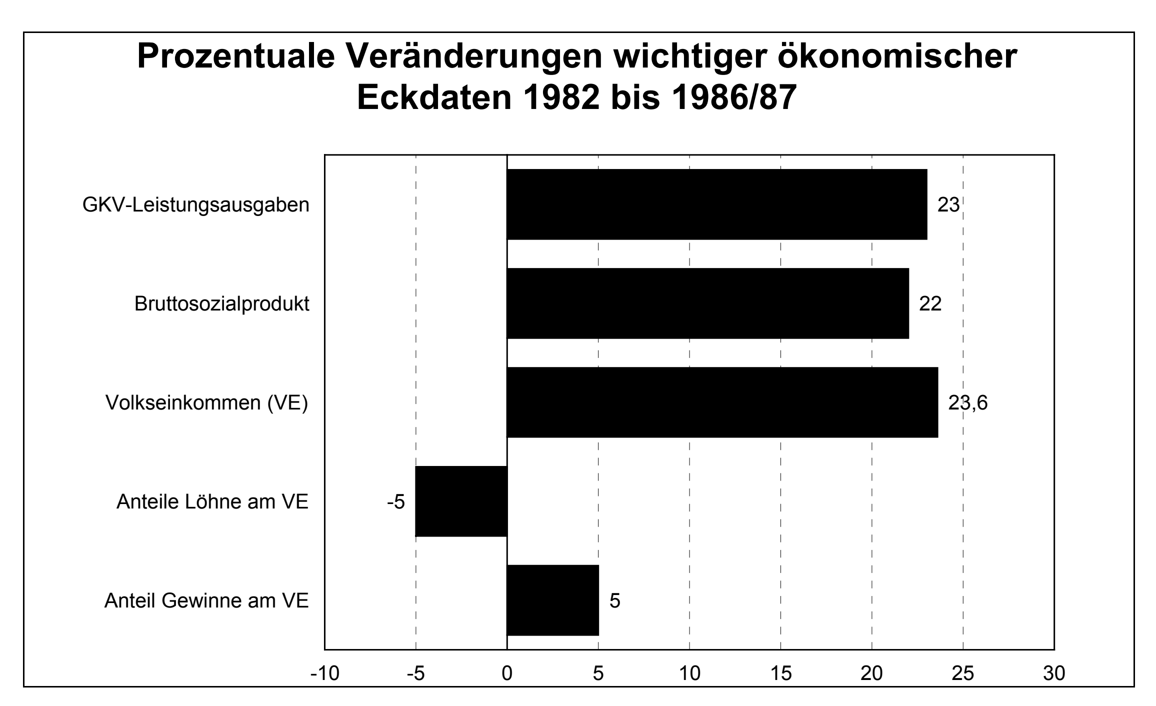


Abbildung 11: Prozentuale Veränderungen wichtiger ökonomischer Eckdaten der GKV 1982 bis 1986/87

Eine weitere, weder von der GKV noch von den Versicherten ursächlich beeinflußbare Entwicklung auf der Einnahmeseite ist z.B. der Rückgang des staatlichen Zuschusses zum Beitrag der Rentner für ihre Krankenversicherung um über 50%-Punkte:[63]

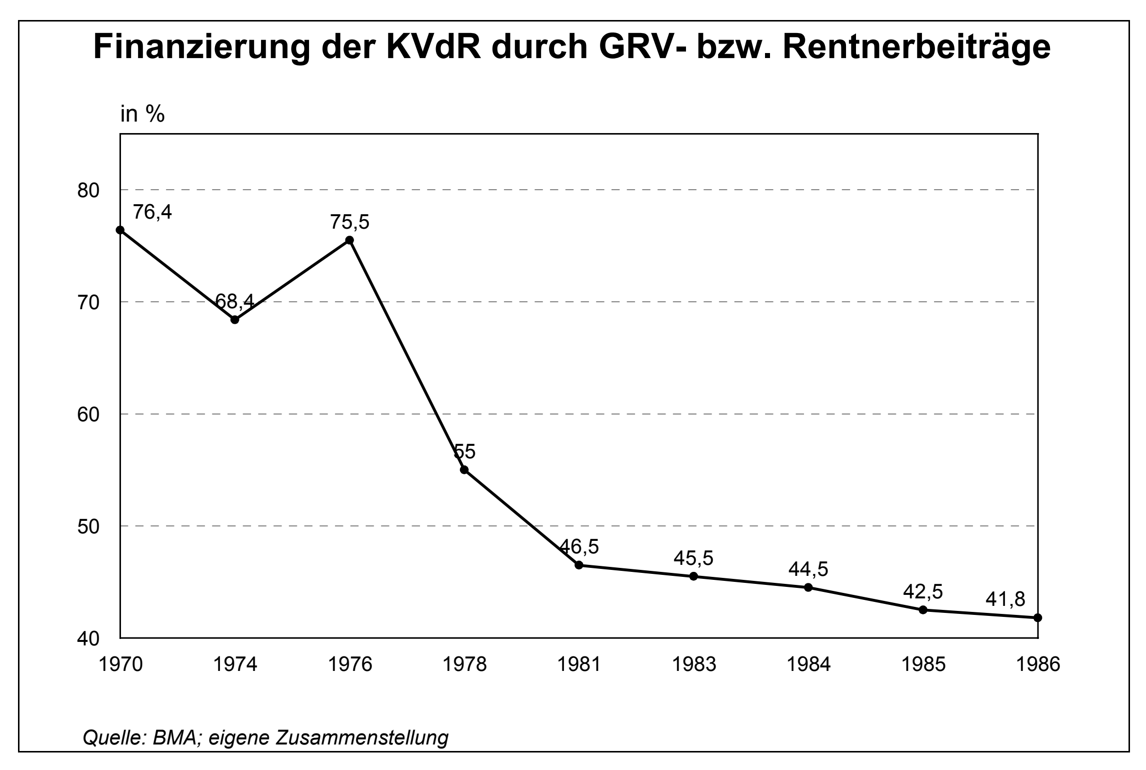


Abbildung 12: Finanzierung der KvdR durch Beiträge von GRV und Rentnern

Betrachtet man sich die Angebotsseite noch genauer, ergeben sich hinsichtlich der landläufigen politischen Zuweisung aller Verantwortung an die Versicherten schnell noch mehr Zweifel. So ist die Entwicklung der Morbidität überwiegend nicht für die erst in den letzten Jahren drastisch unterschiedlich verlaufenden Pro-Kopf-Kosten für ambulante Behandlung von Rentnern und Nichtrentnern (AKV) verantwortlich. Dahinter stehen vielmehr ökonomische Strategien und spezifische ärztlichen Handlungsmustern gegenüber älteren Patienten.

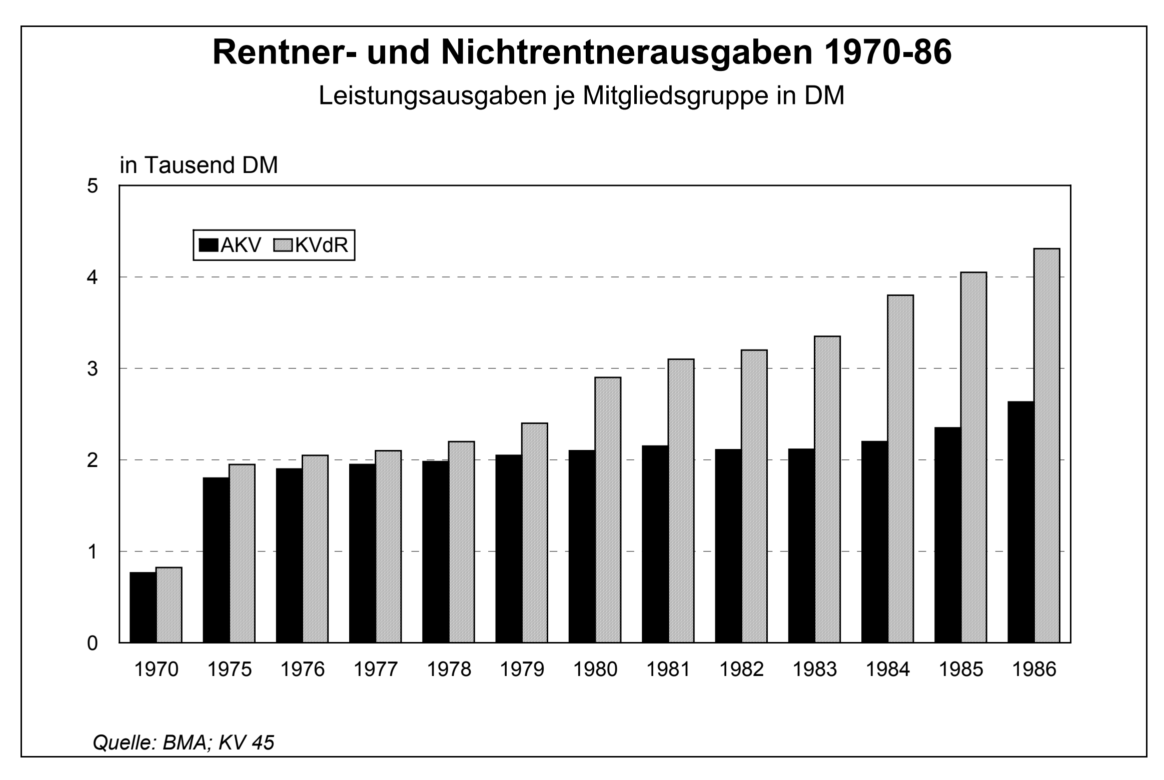


Abbildung 13: Rentner- und Nichtrentnerausgaben 1970 bis 1986

In die gleiche Richtung weist im übrigen die Analyse der Komponenten der ambulanten Versorgung pro GKV-Versicherten zwischen 1980 und 1986.

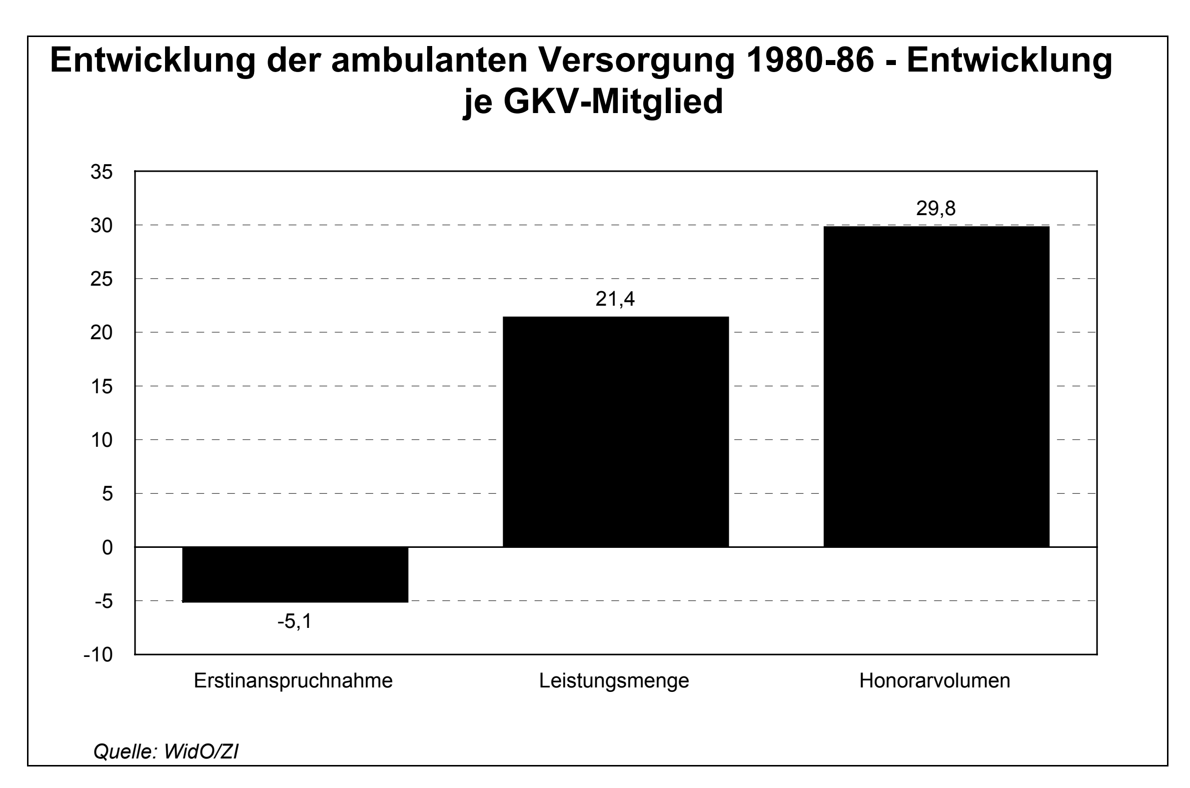


Abbildung 14: Entwicklung der ambulanten Versorgung je GKV-Mitglied 1980 bis 1986

Bei sinkender Erst-Inanspruchnahme, also bei faktisch zurückgehender Bereitschaft oder Absicht der Versicherten, bei jeglicher Beeinträchtigung der gesundheitlichen Befindlichkeit sofort zum Arzt zu gehen, steigen gleichwohl die Anzahl der Leistungen und die Honorarvolumina. Beide empirischen Erkenntnisse belegen die These von der wesentlich anbieterinduzierten Ausgabenentwicklung gerade auch für die Entwicklung der letzten Jahre sehr griffig.

Zuletzt existiert unmittelbar im Kontext der Kostenentwicklung eine folgenreiche, zersplitterte Struktur der Krankenkassen, welche nicht nur keine einheitliche politische Verhandlungsmacht gegenüber den ihrerseits relativ monolithisch verfassten Leistungsanbietern darstellt, sondern einen Teil der politischen Kraft der einzelnen Träger auf ihre Konkurrenz verschwendet.

Materielle Grundlage ist eine anhaltende ungleiche "Belastung" vor allem der Ortskrankenkassen mit sogenannten Risikogruppen, d.h. Arbeitslosen, Sozialhilfeempfänger und Versicherten mit relativ niedriger Grundlohnsumme. Niedrigere Einkommensbasis bei gleichzeitig durch risikoträchtigere Arbeits- und Lebensverhältnise höheren Ausgaben dieser Versichertengruppe, tragen zu erheblichen Beitrags- und damit u.a. wiederum sozialen Attraktivitätsnachteilen bei.

Beitragssatz von bis unter ... Punkte	AOK	BKK	IKK	Seekrankenkasse	Bundesknappschaft	Arbeiter-EK	Angestellten-EK	Alle KK	Mitglieder in 1000	Mitglieder in %
7,5-9,0	-	34	-	-	-	-	-	34	40	0,2
9,0-10,0	-	148	1	-	-	1	-	150	416	2,0
10,0-11,0	3	248	12	-	-	2	2	267	1766	8,7
11,0-12,0	33	197	27	1	1	1	1	261	2748	13,5
12,0-13,0	61	75	58	-	-	1	4	199	9360	46,0
13,0-14,0	102	16	44	-	-	3	-	165	3913	19,3
14,0-15,0	67	3	12	-	-	-	-	82	2015	9,9
15,0 u. mehr	3	1	1	-	-	-	-	5	79	0,4
Summe	269	722	155	1	1	8	7	1163	20337	100,0
Quelle: Die Ersatzkasse 3/1987, S. 113										

Tabelle 10: Verteilung der Beitragssätze nach Kassenarten am 1.1.1987 - Zahl der Krankenkassen und der Mitglieder

Eine gesundheitssoziologisch an sich sinnvolle Dezentralisierung, wie etwa die Gemeinde- [64],Versicherten- oder Problemnähe, gewinnt angesichts der derzeitigen finanziellen Ungleichbelastungen und daraus folgenden Verwerfungen im GKV-Gefüge - zumindest in der derzeitigen Gestalt des gegliederten GKV-Systems - eine eher kontraproduktive und dysfunktionale Bedeutung.

3 Schlußfolgerungen für ein alternatives sozial- und gesundheitspolitisches Handeln

Auf dem Hintergrund dieser in der kritischen sozialpolitischen Diskussion durchaus geläufigen Problembeschreibungen, gab es eine Reihe praktischer wie konzeptionell-theoretischer Versuche und Anläufe, Sozialpolitik und speziell die Politik der GKV umzuorientieren. (Mit)Voraussetzung und Ausdruck sind eine Reihe von normativen Modifikationen in den Anfangsjahren der sozialliberalen Bundesregierungszeit. Diese erfolgte bei der Formulierung des Sozialgesetzbuches(SGB) als langfristigem Ersatz für die traditionelle Reichsversicherungsordnung (RVO) oder in anderen neuen Gesetze wie z.B. dem Arbeitssicherheitsgesetz von 1974 oder dem Rehabilitations-Angleichungsgesetz von 1973.

Unabhängig von dem Grad ihrer positiv-bestimmten Ausprägung schufen und schaffen sie politische Formulierungs-, Konzeptualisierungs- und Gestaltungsspielräume, die z.B. der schon postulierten Notwendigkeit ei-

-

ner "Verknüpfung von Äquivalenz- und Bedarfsprinzip"[65] eine gewisse Basis in der GKV verschufen.

Hielten diese Versuche die zuvor in steigendem Maße defizient regulierten gesundheitspolitischen und sozialen Problem- und Lebenslagen neu zu kodifizieren ebenso wie die noch zu betrachtenden gewerkschaftlichen und teilweise sozialdemokratischen Alternativkonzepte im Kern noch an sozialpolitischen Grundprinzipien der GKV, wie dem des Solidargedankens und des Sachleistungsprinzips fest, kann dies für die Kostendämpfungspolitik ab 1977 nur noch stark eingeschränkt und für die zahlreichen und zunehmenden marktökonomischen Privatisierungskonzepte für das Gesundheitswesen nicht mehr festgestellt werden. Mit der Einführung von Selbstbeteiligungsregelungen unter sozialliberaler Regierungsmacht, deren Perfektionierung und Ausdehnung sowie der Einführung des Kostenerstattungsprinzips (z.B. beim Zahnersatz), der isolierten Wahlfreiheit für höherverdienende GKV-Mitglieder und der Möglichkeit von Beitragsrückerstattung für Versicherte ohne Leistungs-Inanspruchnahme durch die derzeitige konservative Bundesregierung, wird diese Aufweichung der sozialen Prinzipien der GKV von innen stetig weiterbetrieben.

3.1 Überblick zu ausgewählten normativen Veränderungen des GKV-Rechts als Reflex von staatlich-gesellschaftlich erkannten Anpassungsnotwendigkeiten des GKV-Systems an die veränderten Problemlagen

Es gibt mittlerweile eine Reihe gesundheitspolitisch alternativ orientierter juristischer und rechtssoziologischer Untersuchungen der faktischen Wandlungen und interpretatorischen Wandlungsmöglichkeiten des derzeitigen Rechts in Bezug auf eine sachlich notwendige Umorientierung des GKV-Handelns. Dies gilt z.B. für die im Abschnitt 2 dieser Arbeit ausführlich begründete stärkere Notwendigkeit präventiven Handelns.[66]

Der Hinweis auf angeblich nichtexistente Handlungsrechte und -möglichkeiten ist im stark verrechtlichten Sozialsystems Deutschlands einer der stärksten systematischen Einwände gegen innovative Aktivitäten in der GKV. Daher untersuchen wir exemplarisch ein anderes wichtiges Element einer notwendigen Innovationsstrategie, nämlich die verstärkt partizipative Gestaltung des Verhältnisses von GKV und Versicherten.

3.1.1 Partizipationsverhältnisse im Sozialrecht der RVO und des SGB[67]

Partizipationsverhältnisse (PV) sind im Sozialrecht unterschiedlich erwähnt und verankert:

Zum einen spielen PV in weiten Teilen keine eigenständige bzw. überhaupt keine Rolle. In der RVO tauchen sie als Gestaltungsinstrument oder institutionelle Form praktisch nicht auf. Erst mit dem SGB tauchen PV in rechtlichen Formulierungen auf.

Zum zweiten ist festzustellen, daß PV vornehmlich als Regeln zwischen Versicherten und Einzelkassen kodifiziert wurden.

Man konnte in der RVO-Zeit von einer weitgehenden De-Thematisierung der Partizipation sprechen, was sich darin ausdrückt, daß nur von "Rechten" und "Pflichten" gesprochen wird, nicht aber von "Beteiligung". Stattdessen verschwinden die natürlich dennoch vorhandenen sozialen Beziehungen hinter Begriffen wie "Mitgliedschaft" (§§ 306-319a RVO) oder "Umfang" und "Gegenstand" der Versicherung (§§ 165-224 RVO). Ganz anders schon sprachlich das "Verhältnis zu Ärzten" (§§ 368 ff. RVO). In ihm "wirken" alle Beteiligten "zusammen".

Im einzelnen lassen sich für die RVO folgende Trends feststellen: Das immanente Verhältnis ist das des eingetretenen Schadens- bzw. Krankheitsfalls, der überwiegend monetär und/oder durch professionalisierte Einrichtungen in naturwissenschaftlicher Art und Weise eindeutig abgeschlossen bzw. beseitigt werden kann. Davon weichen nur wenige Regelungen ab, die sich eine Verhinderung von Krankheiten zum Ziel gesetzt haben (z.B. § 182b und § 184a RVO). Alles in allem ähneln die einschlägigen Normen der RVO einer typischen "Anstaltsbenutzung" [68] , die bei Nichtbefolgung Repressionen vorsieht (z.B. § 184 und § 192 RVO). Es dominiert ein prinzipielles Mißtrauen gegenüber den Versicherten, ganz so wie bei einer privaten Haftpflichtversicherung. Es wird genau beschrieben, was der Versicherte **nicht** darf, über positive Mitbestimmungsmöglichkeiten und -rechte findet man in der RVO kaum etwas.

Der § 223 RVO kennt zuerst einmal die Überprüfung und dann als Kann-Vorschrift die Unterrichtung, wobei deutlich die Erwartung einer passiven Klientel mitschwingt. Viele der die Versicherten durchaus betreffenden strukturellen Veränderungsmöglichkeiten gehen nach dem Willen des Gesetzgebers und danach dem der Sozialverwaltung über die Köpfe der Versicherten hinweg. Dies gilt z.B. für den Fall der Vereinigung mehrerer AO-

□-

Ken (§ 265 RVO). Übrig gebliebene Mitglieder von aufgelösten Kassen werden nach § 300 RVO den "zuständigen" Kassen "zugewiesen".

Ähnlich wie schon bei der Vereinigung von Kassen, findet man bei weiterer Durchsicht der RVO auch bei der in §§ 406 ff RVO geregelten Bildung von Kassenverbänden nichts von einer aktiven bzw. teilnehmenden Rolle der Versicherten. Der Versicherte taucht lediglich wieder als Objekt auf, das im Kassenverband "nach einheitlichen Grundsätzen" überwacht werden soll (§ 407 RVO).

In den wenigen Passagen, die Mitwirkungs- bzw. Teilhabemöglichkeiten des Versicherten umfassen, sind diese wenig inhaltlich und meistens an Sanktionen gekoppelt.

So kann einem gutachterlich als erwerbsunfähig angesehenen Versicherten nach § 183 Abs.7 RVO von der Kasse eine Frist gesetzt werden, innerhalb der er sich Rehabilitationsmaßnahmen "zu stellen hat". Ein Nichtbefolgen führt zum sofortigen Verfall des Anspruchs auf Krankengeld, wobei aber nichts darüber gesagt wird, wie der Versicherte entsprechende Maßnahmen zu beantragen hat.

Lediglich eine Regelung der RVO betrifft Aktivitäten der Kasse, die keine "Leistungen", sondern Informationen als Teilhabeelemente beinhalten: Der § 325 RVO gesteht den Mitgliedern den Anspruch auf unent-geltlichen Erhalt eines Satzungsauszuges zu, "welcher die Bestimmungen über Mitgliedschaft, Leistungen und Beiträge nebst Krankenordnung enthält".

Mit dem im § 369 RVO formulierten Ziel, die Versicherten **"mit allen geeigneten Mitteln"** über Früherkennungsuntersuchungen aufzuklären, ist unser Durchgang durch partizipationsrelevante Regelungen und Normen in der RVO beendet. Insgesamt ist es also eine magere Bilanz, deren Wirkung wir in der vergangenen Praxis des Versicherungshandelns deutlich erkennen können.

Bei der zuletzt genannten Regelung handelt es sich, wohl aufgrund der relativen "Neuheit" der Leistung, bereits um einen Übergang zu einem anderen **Niveau der gesetzgeberischen, staatlichen Regulierungsintensität und -tiefe** und ein anderes **Verständnis des Verhältnisses von Versicherten und Kasse**.

Ersteres bedeutet die Zunahme von sogenannten unbestimmten Rechtsbegriffen (z.B. "alle möglichen" oder "ausreichende Hilfe" oder "rechtzeitig"[69]) wenn es darum geht, das GKV-Handeln gesetzgeberisch zu regeln.

Die Regelungsdetails, also auch die Art und Weise von Beteiligung, werden damit weitgehend in die Gestaltungshoheit der GKV und ihrer SV gelegt.

Ein schon erheblich "demokratischeres" Verständnis des Verhältnisses von Kasse und Versicherten liegt im Vergleich zur RVO dem SGB zugrunde. Ging die RVO noch von einer Art "unsichtbarer Abstimmung zwischen Beitrags- bzw. Finanzentwicklung, Leistungsangebot und -inanspruchnahme aus"[70] , bei der die Mitwirkung der Versicherten mehr oder weniger überflüssig ist, hat man in den letzten 10 Jahren zunehmend die Relevanz der Beteiligung von Versicherten als Mitwirkende und Mitbetroffene für die Akzeptanz und Effektivität des Gesundheitswesens erkannt.

Dies hat Auswirkungen auf die Stellung der Versicherten im sozialen Gesamtzusammenhang der GKV und auf die Kommunikation zwischen der Verwaltung und ihrer Umwelt. Ein Beispiel für letzteres ist folgendes: War früher der Betrieb lediglich Datenübermittler für Bestandsführung und Leistungssteuerung (z.B. für Arbeitsunfähigkeits-Meldungen), taucht er jetzt beispielsweise mit dem § 20 des GRG (Präventionsauftrag und Kooperation der GKV mit allen geeigneten anderen Einrichtungen) auch explizit als ein wichtiger aktiver Akteur für derartige Ziele auf.

Die zunehmend gestaltende Zielsetzung der GKV ist aber auf die "Mitarbeit der Betroffenen und damit auf interaktive Verfahrensbeteiligung angewiesen"[71].

Ausführlicher formuliert:

> *"Wenn der Verwaltungsvorgang nicht durch einen einmaligen Entscheidungsakt abgeschlossen wird, sondern die Verwaltungsleistung gerade darin besteht, über Prozesse der Verhandlung, der Beratung, der Förderung und Unterstützung der Klienten zu eigenem zweckbezogenen Entscheiden und Handeln zu motivieren, dann erhält die Beziehung zum Publikum einen spezifischen Stellenwert. Insoweit in der Beziehung zum Klienten erst die Voraussetzungen für ein inhaltlich sinnvolles und situationsgerechtes Entscheiden geschaffen werden, wird die Relationsstruktur ausschlaggebend für die Effektivität des Verwaltungshandelns."*[72]

Diese finale Orientierung schlägt sich etwa in den §§ 1 und 4 des SGB I deutlich nieder. Unabhängig davon, daß im § 2 Abs.1 SGB I einschrän-

□-

kend davon gesprochen wird, diese Aufgaben und Rechte könnten nur im Rahmen von RVO-Regelungen geltend gemacht werden, sind sie als Interpretationshilfe und Leitlinie für das konkrete Handeln der GKV nutzbar.

Während dem Sozialrechtskonzept der RVO eine Tendenz abstrakter "Individualisierung" bzw. Standardisierung innewohnt, die auf die soziale Lage des Einzelnen kaum Rücksicht nimmt und ihn zum "Versicherungsfall als Ausgleichstatbestand der Sozialversicherung"[73] zurechtbiegt, hat das SGB eine "soziale" Stoßrichtung. Dies kommt u.a. im § 33 SGB I zum Ausdruck, in dem die "persönlichen Verhältnisse" zur Handlungsrichtschnur in Fällen gemacht werden sollen, die "nach Art und Umfang nicht im einzelnen bestimmt"[74] sind.[75]

Vor allem aber die seit Mitte der 70er Jahre existierenden §§ 13-15 SGB I enthalten Regelungen und Vorschriften zu den Aufklärungs- und Informationspflichten der GKV, die als Grundlage einer umfassenden Partizipationsstrategie dienen können. Ferner bietet der § 17 SGB I die Chance, die bislang durch die RVO gestützte "passive Institutionalisierung der Selbstverwaltung, das Zuwarten der Bürokratie, auf daß sich die sozialen Notstände bei ihr melden und einen Antrag stellen"[76] zu überwinden.[77]

Ausführlicher werden in den §§ 60-67 SGB I die Mitwirkungspflichten referiert. Moderat im Ton und differenziert im Inhalt werden dort (§ 65) überdies flexible Grenzen der Mitwirkungspflicht der Versicherten genannt.

Die Tendenz zur Kooperation von GKV und Versicherten im SGB setzt sich in anderen jüngeren Sozialgesetzen fort. So im Rehabilitations-Angleichungsgesetz von 1973, das ausführliche Beratungsleistungen durch die GKV bzw. die Rehabilitationsträger zur Pflicht macht.

Neben der Selbstverwaltung wird im § 39 SGB IV die Einrichtung von Versichertenältesten und Vertrauensmännern ausdrücklich als "eine ortsnahe Verbindung" mit den Versicherten ermöglicht.

3.2 Praktische Ansätze zu sozialpolitischen Alternativen und ihre Probleme

Praktische sozialpolitische Aktivitäten waren vor allem die ab 1977 in regelmäßigen Abständen erfolgenden und damit ihre eigene Ineffektivität stets selber demonstrierenden Kostendämpfungsgesetze[78] Hierzu zählt, wenngleich auf hohem Niveau auch noch das 1988 verabschiedete sogenannte **"Gesundheits-Reformgesetz"(GRG) bzw. SGB V**.

All diesen gesetzgeberischen Aktivitäten, einschließlich des GRG, war, selbst auf ihr schon eingeengtes Ziel der Kostendämpfung bezogen, wenig Erfolg beschieden.

Das liegt u.a. daran, dass die Entstehungsbedingungen von Krankheiten und der qualitative Umgang mit ihnen nahezu völlig ausgeblendet werden. Dies gilt ebenfalls für die neuen Bedürfnislagen der Versicherten. Beides führt dazu, die Primärprävention weiter zu vernachlässigen und sich stattdessen voll auf Kostendämpfung zu orientieren. Diese änderte wegen ihres verkehrten Ansetzens bei den Versicherten wenig oder nichts an der weitgehend anbieterinduzierten Kostendynamik. Wichtige, in unserer Problemanalyse schon benannte, Strukturprobleme blieben und bleiben ebenfalls ausgeblendet. Dabei muß gegenüber manchem Protagonisten der Kostendämpfungsgesetzgebung, wie z.B. den sozialdemokratischen Sozialpolitikern Fuchs und Ehrenberg[79] sogar eingeräumt werden, daß sie programmatisch mit dieser Art von Gesetzgebung mehr beabsichtigten. So schrieben sie 1980, d.h. drei Jahre nach dem ersten Kostendämpfungsgesetz und bezeichnenderweise rund zwei Jahre vor dem dann wieder aus Kostengründen notwendig gewordenen Ergänzungsgesetz zutreffend:

> *„Letztlich hatten alle diese vielfältigen Fehlentwicklungen ihre Ursache darin, daß die Anbieter von Gesundheitsleistungen ein ökonomisches Interesse an einer wirtschaftlichen Leistungserstellung nicht zu haben brauchten. Denn sie alleine bestimmten über den Umfang der Leistungen und weitgehend auch über den Preis. Dieses Kernproblem jeglicher Steuerung im Gesundheitswesen...ist schon frühzeitig zutreffend erkannt worden...Darum mußte und muß jede erfolgreiche Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen bei der Stärkung der ‚Verbraucher'-Seite ansetzen."*[80]

3.3 Konzeptionelle sozialpolitische Alternativen insbesondere aus dem gewerkschaftlichen Lager

Ehrenberg und Fuchs befanden sich an manchen Punkten durchaus im begrifflichen und/oder verbalen Einklang mit ebenfalls im Kontext der Kostendämpfungspolitik entwickelten Forderungen nach einer „zur bisherigen Tradition weitgehend alternativen Sozialpolitik"[81]. Diese Forderungen redeten einer Alternative aber wesentlich geschlossener und entschiedener das Wort:

□-

„Die zunehmende Komplexität der sozialen und gesundheitlichen Probleme erfordert eine komplexe, bedarfsgerechte, d.h. den verschiedenen Bedürfnissen nach Hilfe entsprechende Organisierung der Sozialpolitik."[82]

In der für die gewerkschaftliche Diskussion prägenden Untersuchung des WSI mit dem programmatischen Titel "Sozialpolitik und Selbstverwaltung" aus dem "Kostendämpfungs"-Jahr 1977 wurden die Prinzipien einer alternativen Sozialpolitik so skizziert:

"Die Alternative zu diesem kausalen Denken in Mitgliedschaftsrechten ist die finale Orientierung, d.h. Ausrichtung der sozialpolitischen Maßnahmen an der Zweckmäßigkeit der Hilfeleistung: wie kann am besten geholfen werden? In der überkommenen Sozialpolitik dominiert die Versorgung bereits eingetretener Schäden. In diesem Sinne ist sie reaktive Sozialpolitik. Angesichts der weithin fehlenden Erfolgsaussichten kurativer Maßnahmen...müssen sozialpolitische Maßnahmen, die sich an Personen mit erhöhtem Risiko orientieren, vorbeugend einsetzen... Eine grundlegende Alternative zu den bisherigen Organisationsformen bietet eine horizontale Koordination der Sozialleistungsträger (und der Leistungsanbieter)...z.B. durch Arbeitsgemeinschaften mit konkreter Zielsetzung."[83]

3.4 (Teil)-Privatisierung des GKV-Systems als marktökonomische Radikalalternative

Aus dem konservativen Ökonomenlager[84] kommen im Kontext der beschriebenen Problemwandlungen auch radikale Alternativkonzepte, die, sieht man sich die Entwicklung der Selbstbeteiligung an, sogar schon jetzt einen faktischen Einfluß besitzen. Was beide „Lager" noch trennt, ist die in den Augen der Marktökonomen viel zu geringe Privatisierung der Krankheitsbewältigung. Die derzeitige Selbstbeteiligung wäre noch zu gering[85], würde nicht gespürt und könne daher auch nicht steuern - beim Trennenden zwischen diesen "wissenschaftlichen" Positionen und der Sozialpolitik handelt es oft nur noch um graduelle Unterschiede.

Im Zentrum der Steuerungs- und Gestaltungswelt dieser Marktökonomen steht die sozialpsychologische These von der angeblich besonders im Gesundheitsbereich wirkenden "Mitnahmementalität" von Konsumenten bzw. Versicherten gegenüber den gemeinschaftlich finanzierten und per Berechtigungsschein als Sachleistung zu erhaltenden Leistungen.

In plastischen Worten wird dieser Sachverhalt mittlerweile von rechts bis grün-alternativ als "Vereinsausflug-" bzw. "Freibier"-Problem bezeichnet.

In direktem Bezug auf den Nestor der konservativen Gesundheitsökonomie, Herder-Dorneich und ihm teilweise unreflektiert zustimmend, führt einer der Theoretiker der öko-libertären Vertreter unter den Grünen, J. Huber, folgendes aus:

> *"Die vielgepriesenen sozialen Sicherungssysteme, insbesondere auch das Gesundheitswesen, stellen mittlerweile weniger die solidarischen Umlagesysteme dar, als die sie gepriesen werden. Mehr noch sind sie anonymisierte Mechanismen, Kosten auf andere abzuwälzen.*
>
> *Philipp Herder-Dorneich hat dies am Beispiel eines Vereinsausflugs illustriert, der per Umlage finanziert wird. Egal, ob die Beteiligten sich abstinent verhalten oder kräftig über den Durst zechen, alle zahlen die gleiche Umlage. Wer sich in einer solchen Situation ranhält, ist fein raus. Denn die Umlage erhöht sich der Vielverbraucher wegen zwar, aber für die Vielverbraucher selbst nur geringfügig, weil sich alle, auch die Abstinenzler, in die Umlage teilen. Man muß in einer solchen Situation also finanzielle Nachteile erwarten, wenn man sich zurückhält, kann jedoch mit erheblichen finanziellen Vorteilen rechnen, wenn man ‚zulangt'. Dies ist der Freibiereffekt.*
>
> *Hat einmal eine gewisse kritische Menge der Beteiligten dies erkannt und begonnen, sich danach zu verhalten, entsteht für alle ein unausweichliches Dilemma: um Nachteile zu vermeiden, holt man den möglichsten Vorteil heraus, aber da dies immer mehr bis alle versuchen, neutralisiert sich der Vorteil, während die Umlage steigt. Dies ist das Trinkerdilemma des Sozialstaats.*
>
> *Der Sozialstaat ist gewiß kein Vereinsausflug. Aber der Vergleich stimmt doch insoweit, daß je mehr Menschen an einer Umlage beteiligt sind und je mehr Anlässe und Fälle das Umlageverfahren umfaßt, der Freibiereffekt um so stärker wird. Jenseits einer kritischen Masse gerät der Sozialstaat zum Selbstbedienungsladen, an dessen Kasse der Umsatz anteilig auf alle Kunden umgelegt wird. Öffentliche und betriebliche Kassen zu schonen, erscheint so irrational, soviel wie möglich herauszuschlagen als logisch."*[86]

□-

In der etwas dürreren Sprache von Gesetzesbegründungen tauchten diese Grundannahmen über das zwangsläufige Scheitern von Solidarsystemen bzw. deren Ausbeutung und Ausnutzung durch Wenige zulasten Vieler auch in einer der Begründungen für die Notwendigkeit des GRG wieder auf:

> *"Die Pflichtgemeinschaft Krankenversicherung, die Pflichtsolidarität kann nicht für alles zuständig sein, was gesundheitspolitisch erwünscht ist. Sie muß das medizinisch Notwendige zahlen, dem Kranken helfen. Wenn wir uns nicht darauf beschränken, wenn die Solidarität für jedes Angebot in Anspruch genommen wird, degeneriert sie zur Ausbeutung der Bescheidenen und zur Umverteilung von den einfachen - ich nenne sie mit Respekt: biederen - Mitbürgern zu den cleveren. Wir wollen weder die Ausbeutung der Bescheidenen noch eine Umverteilung zugunsten der Cleveren."*[87]

Da die Leistungsanbieter in all diesen Modellen faktisch keine mitverantwortliche Rolle spielen, zielen die Alternativkonzepte ebenfalls allein auf die Nachfrager, d.h. die versicherten Kranken.

Auf eine weitere gesundheitsökonomische Auseinandersetzung mit diesem Paradigma der konservativen Ökonomen verzichten wir an dieser Stelle und verweisen auf die umfängliche kritische Literatur.[88]

Die marktökonomischen Kalküle sickern aber nicht nur zunehmend in die Leistungsbeziehungen zwischen GKV und ihren Versicherten ein bzw. werden hierfür erst noch voll eingefordert, sondern dringen auch an ganz anderen Stellen weiter vor.

In engem Zusammenhang mit jenem Teilaspekt unserer Untersuchung, der sich mit der Frage der Partizipation der Versicherten an der GKV durch die intermediäre Institution Selbstverwaltung beschäftigt, werden mittlerweile auf dem Hintergrund berechtigterweise kritischer Defizitanalysen beispielsweise der Sozialversicherungswahlen, marktökonomische Ergänzungen besonderer Art gefordert.

Nicht zufällig im Rahmen einer Arbeit, die im Kreis um Herder-Dorneich entstanden ist, kommen die Autoren zu der These, die SV befände sich bezogen auf die Friedenswahlmöglichkeit gleichfalls in einer Art Freibiersituation. Da die Verbände die Möglichkeit haben, sich die Sitze auch ohne die Versicherten zu "beschaffen", d.h. also ohne die "Kosten" der Wahlen, würde dieser Weg in der Tat immer häufiger begangen. Da

Wahlen aber " ein wesentliches Steuerungsinstrument zur Durchsetzung der Partizipation an der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung"[89] sind, müssten angesichts der insuffizienten Ausgangslage die Wahlen "in ein erweitertes Entscheidungssystem eingebunden werden können."[90]

Der Alternativvorschlag der Marktökonomen lehnt sich an vorhandene "enge Grenzen" der Kassenkonkurrenz an, d.h. der Möglichkeit des Wettbewerbs der Kassen untereinander, in dem Versicherte zu anderen, bevorzugten Kassen abwandern können. Da diese Möglichkeit immer noch sehr eingeschränkt ist, läuft die Forderung zur Stärkung und komplementären Ergänzung der Selbstverwaltung darauf hinaus, "die Konkurrenz ... auszubauen"[91]:

> *„Das Wahlsystem wird hier also durch ein Marktsystem ergänzt und verbindet sich mit diesem zu einem komplexen Ganzen."*[92]

Eine alternative Sozialpolitik wird die konservativen Alternativkonzepte ernster nehmen müssen als bisher. Deshalb haben wir sie in diesem Kontext ausführlicher dargestellt.

Mit ihrer Anbiederung an das Alltagsbewußtsein vieler Krankenversicherten und ihren für Teile der Versicherten (z.B. für junge Nichtkranke) zuerst einmal vorteilhaften finanziellen Auswirkungen, werden sie angesichts der absehbaren negativen Weiterentwicklungen des "GRG-reformierten" Gesundheitssystems sehr schnell noch mehr ideologisch präsent sein.

4 Vorstellungen zum politischen "Subjekt" und Träger einer alternativen Sozialpolitik

Die vorgestellten, insbesondere gewerkschaftlichen Alternativkonzepte für die Gesundheitspolitik mit, in und außerhalb der GKV enthalten ausführlichere Überlegungen zum Initiator, Träger, Akteur, d.h. zum Subjekt der analytisch-konzeptionell entwickelten Wandlungsprozesse und Ziele.

Egal ob allein oder im Kontext einer Konzeptualisierung eines Programms "bürgernaher Sozialpolitik", das z.B. "die Leistungsschwächen institutionalisierter und zentralisierter Sozialpolitik sowohl bei der Identifizierung von sozialpolitischen Bedürfnissen wie bei der Vermittlung sozialpolitischer Dienste und Güter eliminieren oder doch reduzieren (soll), ohne das (zumindest potentielle) Leistungsvermögen organisierter Systeme sozialer Sicherung aufzugeben"[93] spielt die "traditionelle Institution der sozialen Selbstverwaltung" eine zentrale Rolle.

□-

Diese berge "ein bisher unausgeschöpftes Potential für die Formulierung und Durchsetzung einer (stärker) an den Interessen der sozialpolitischen Klientel orientierten Sozialpolitik".[94]

Sie ist

> *"geeignet, durch Partizipation die Legitimationslücke zu schließen, die notwendigerweise mit einem zunehmenden staatlich-bürokratischen Einfluß entsteht; (sie ist geeignet), eine gleichberechtigte Inanspruchnahme herzustellen, indem sie die Interessen benachteiligter Gruppen wahrt (und sie ist in der Lage), eine Bedürfnisorientierung der sozialstaatlichen Leistungssysteme gegen die Eigeninteressen der Experto- und Technokratie durchzusetzen, indem sie Bedürfnisse der Leistungsempfänger feststellt und vermittelt."*[95]

Noch anders formuliert dies die WSI-Studie:

> *"Die Weiterentwicklung der Sozialpolitik in der BRD, verstanden als final orientierte, konkrete Lebenslagepolitik, ist an die Funktions- und Innovationsfähigkeit der Selbstverwaltung gebunden."*[96]

Von der Selbstverständlichkeit, welche die Aufgabenzuweisung der alternativen Sozialpolitik an die SV prägt, zeugt ferner noch die folgende Bemerkung v. Ferbers, welche dieser anlässlich des ersten Kostendämpfungsgesetzes formuliert hat:

> *"Der Selbstverwaltung - wer anders könnte sie dabei vertreten? - fiele die Aufgabe zu, die* ***Adressaten der Sozialpolitik zu mobilisieren, ihre Bedürfnisse zu ermitteln und diese der Normierung des Bedarfs durch die Sozialleistungsträger gegenüber zu stellen****...die Interessen der Adressaten der Sozialpolitik...gegenüber den professionellen Interessen der Erbringer von Leistungen...zu vertreten usf.."*[97]

Auch wenn z.B. in diese Position selbstverwaltungskritische Ausführungen einfließen, sowohl was die Ausfüllung derzeitiger Hand-lungsspielräume[98] als auch deren prinzipielle Existenzfähigkeit anlangt[99], berührt dies nicht die prinzipielle Hoffnung in die Bedeutung der SV. Allerdings stehen beide Auffassungen und Einschätzungen recht lose nebeneinander.[100]

Die gleiche Beobachtung und Kritik gilt für die Bemerkung, es gäbe „gegenwärtig keine andere Alternative, als die Weiterentwicklung der Selbstverwaltung"[101].

Es existieren aber außer grundsätzlich richtigen aber allzu sehr grundsätzlichen strukturellen Erwägungen (z.B. zur Arbeitgeberrolle in der SV) wenig Vorstellungen und Vorschlägen, die innere Verfassung und Funktionsweise der SV von den Einstellungen der Akteure bis zur Dynamik hochformalisierter und zweckinstrumentalisierter, apolitischer Sitzungen und ihren Insuffizienzen, Restriktivitäten und Problemen genauer darzustellen, zu analysieren oder z.B. ihren Beitrag zu bemessen, warum Handlungsspielräume in der GKV zu wenig ausgeschöpft werden.

Exemplarisch hierfür ist der Gang und das Ziel der Argumentation in der ansonsten durchweg empirisch fundierten WSI-Untersuchung: Nach der richtigen Beschreibung der verbreiteten Unkenntnis über die Selbstverwaltung auf der deinen und den meist unvermittelten Forderungen sie zu stärken oder der achselzuckenden Resignation und der Aufforderung sie abzuschaffen auf der anderen Seite, konzentriert sich diese Studie schwerpunktmäßig auf "den Stellenwert dieses Organisationsprinzips" und die "Begründung des Selbstverwaltungsprinzips"[102]. Sie vernachlässigt aber die Seite des "ob" und "wie" des Funktionierens dieses "Prinzips" völlig. Es wird ebenfalls nicht analysiert, ob und wie die inneren Faktoren der SV trotz der verschiedenen Defizitanalysen ihrer Struktur und des Handelns ihrer Akteure eigentlich berechtigen, von der SV als Triebfeder und Initiator der "Regieinstanz"(WZB) einer alternativen Sozialpolitik auszugehen.

Dabei wird zu schnell, gradlinig, blind oder gar ignorant darüber hinweggegangen, daß eben diese SV unter nahezu den gleichen Bedingungen und teilweise personenidentisch die zu Recht als inadäquat, ineffektiv und ineffizient kritisierte Sozialpolitik der Vergangenheit und Gegenwart aktiv oder zumindest ohne erkennbaren Widerstand mitgestaltet oder -getragen hat. Sie war selber Element von Fehlsteuerung und nicht autonomes Subjekt dieses Politikprozesses gewesen.

Allgemein richtig merkt daher v. Ferber an:

> *"Die Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung stößt heute nicht allein an die Grenzen der Medizin...,sondern auch an die Grenzen der Selbstverwaltung."*[103]

□-

In der Position des "dennoch-kann-und-darf-es-nur-die-SV-sein,-wer-auch-sonst?" drückt sich eine Haltung aus, die SV und Sozialpolitik lediglich äußerlich miteinander verbindet.

Eine wichtige Folge dieser analytischen Schwäche ist ihr latenter Voluntarismus, d.h. letztlich die Unfähigkeit, herzuleiten auf der Basis welcher derzeitiger und absehbarer realistischer Faktoren, Entwicklungen und Strukturen der SV ihr richtungsweisender Beitrag entstehen und umgesetzt werden kann. Dies gilt geradewegs für die scharfen Kritiker der SV-Funktionsweise, die einerseits mit einer enormen analytischen Wucht und Schärfe die Unentrinnbarkeit der strukturellen Selbstblockade der SV in "Konsensfallen" (so insbesondere die Forschungen am WZB) herausarbeiten um dann aber doch ihre nahezu einzige Hoffnung für eine offensivere Präventionspolitik der GKV in diese soziale Institution zu setzen.

Um dieses Dilemma zu überwinden, reicht es keineswegs aus, an einer "reformierten" SV (v. Ferber) zu arbeiten, sofern hier nur wieder die Makrobedingungen der SV verändert werden sollen.

Die Relevanz der oft angesprochenen innovationshemmenden oder –verhindernden Parität von Versicherten- und Arbeitgebervertreter in der SV besteht natürlich ohne Zweifel. Freilich zeigt aber die reale, sich von anderen Kassenarten wenig unterscheidende Situation im Bereich der Ersatzkassen, in deren Organen formal nur Versicherte und keine Arbeitgeber sitzen, daß eine "Reform" ein deutlich komplexerer Vorgang unter Einbeziehung weiterer objektiver und vor allem auch subjektiver Bedingungen der SV-Akteure sein muß.

Es reicht nicht aus, an die richtige Hypothese von der die Weiterentwicklung der GKV mithemmenden Funktion der SV anknüpfend, lediglich eine weitere These des folgenden Typs aufzustellen:

> *"Ohne ein engeres Verhältnis zu den Mitgliedern und ohne eine sichtbare Beziehung zur organisationswissenschaftlichen Forschung wird die Selbstverwaltung in der Krankenversicherung sich den anstehenden Problemen nicht gewachsen zeigen. Wenn die Selbstverwaltung (dies alles nicht macht - d.Verf.)...wird sie in eine schwere finanzielle und in eine gesundheitspolitische Vertrauenskrise geraten."*[104]

Warum sie dies trotz der bedrohlichen Perspektive nicht machte und macht, bleibt im Dunkeln. Man dreht sich auch hier schnell im Kreis: Es ist doch interessant und wichtig zu wissen, warum die SV dieses enge Ver-

hältnis zu den Mitgliedern, die sie sogar nach anderen bereits zitierten Überlegungen ihrerseits erst mobilisieren soll, und die Beziehung zur Forschung nicht gesucht und organisiert hat und eher aus den weiterwirkenden Gründen auch zukünftig gegen appellative Aufforderungen resistent sein dürfte.

Der bereits angesprochene komplexe Reformprozess kann aber wiederum ohne die genauere Kenntnis der inneren Verhältnisse der Selbstverwaltung und ihrer Akteure weder als notwendig begriffen noch mit Hoffnung auf Erfolg eingeleitet werden. Möglich ist aber natürlich auf der Basis der unterentwickelten empirischen Kenntnisse zu den Bewußtseinsformen der SV ebenfalls, daß er gar nicht eingeleitet werden kann.

5 Zum Verhältnis von System, Struktur, Handlung und Bewußtsein

Angesichts der vielfältigen theoretischen und praktischen Anmerkungen und Reflexionen über die vielfältigen Schwierigkeiten von struktur- oder systemtheoretischen Arbeiten gerade auch im Bereich sozialwissenschaftlicher Sozialpolitikforschung, soll hier, ohne den Anspruch einer eigenen eigenständig aus- oder fortformulierten Theorie, dreierlei versucht werden:

- Eine knappe theoretische Ableitung der Notwendigkeit einer ernsthaften und forschungspraxisrelevanten handlungstheoretischen Ergänzung system- und strukturtheoretischer Ansätze, wie umgekehrt der strukturtheoretischen Untermauerung handlungstheoretischer Versuche. Dabei geht es vor allem um den für unsere Analyse nicht nur illustrativen oder beliebig-beiläufigen Stellenwert des subjektiven Faktors im sozialpolitischen Prozessgeschehen. Ohne ihn sind u.E. weder Wandlungsprozesse zu begründen, noch Hoffnungen sowie Erwartungen auf Veränderungen in die Richtung einer alternativen Sozialpolitik begründbar.

- Eine zumindest grobe Skizze einer integrierten und die Wechselbeziehungen "step-by-step" herausarbeitenden Theorie sozialpolitischer Strukturen, Handlungen und Akteure[105].

- Hierfür besitzt die orientierende Einführung der „relativen Autonomie des subjektiven Faktors, des Bewußtseins und der politischen Praxis"[106] in die Analyse einen hohen Stellenwert. Dadurch wird unser Ansatz als eigenständiger Versuch der Analyse legitimiert und es kann überhaupt erwartet werden, etwas anderes zu finden als das, was

□-

schon aus den strukturtheoretisch angeleiteten Bedingungsanalysen bekannt ist. Zugleich sind die vorgefundenen Inhalte, Einstellungen, Bewußtseinsinhalte- und formen, Absichten sowie Konzepte der Akteure nicht als bloße Reflexe allgemeiner Struktur- und Bewegungsgesetze der bürgerlichen Gesellschaft charakterisiert. Wäre dies anders, stellte sich die Frage, warum man überhaupt noch Prozess- oder Handlungsanalysen des konkreten sozialen Feldes durchführen muss.

Von den verschiedensten Gesellschaftstheoretikern wird das Verhältnis von Struktur und Handlung immer wieder als "die für den Aufbau der Gesellschaftstheorie zentrale Frage"[107] bezeichnet.

Die Basis des Problems formulierte Marx schon sehr früh so:

> *"Die Individuen sind immer von sich ausgegangen, gehen immer von sich aus. Ihre Verhältnisse sind Verhältnisse ihres wirklichen Lebensprozesses. Woher kommt es daß ihre Verhältnisse sich gegen sie verselbständigen?"*[108]

Akzeptiert man das Auseinanderfallen von Gesellschaft in **gesellschaftliche soziale Rahmenbedingungen** oder Tatsachen und **soziales Verhalten** schließt sich die Frage nach dem Verhältnis dieser Differenzierungen an.

Hier gab und gibt es nunmehr in der traditionellen Soziologie eine Position, die mit der Formulierung, wir hätten es bei den "sozialen Rahmenbedingungen, den Strukturen und Institutionen, mit dem Verhalten von Menschen"[109] zu tun, letztlich wieder eine unmittelbare Gleichsetzung von gesellschaftlichen Tatsachen und sozialem Verhalten bzw. Handlungsverkettungen vornimmt. Danach korrespondieren Organisationsprinzipien nicht nur mit Verhaltensweisen, sondern sie bestehen aus diesen.[110] Aus dieser Perspektive bestehen Gesellschaften aus nichts anderem "als normativ integrierte(n) Handlungsketten"[111]: "Soziale Strukturen sind letztlich Interaktionsmuster, die zu einem bestimmten Zeitpunkt relative Stabilität aufweisen."[112]

Gegen diese verschiedenen Versuche der neueren Soziologie an alten Traditionen der individualistischen Handlungstheorie anzusetzen und Gesellschaft in intra- und interindividuelle Handlungen aufzulösen bzw. sie dadurch konstituiert und erklärt zu sehen, werden verschiedene Einwände formuliert: Erstens ist damit nicht recht erklärbar, warum die Rahmenbedingungen so wenig mit den erklärten individuellen Handlungs-absichten übereinstimmen[113] und zweitens gibt es eine Reihe von gesellschaftlichen

Tatsachen, die nicht individualistisch oder interaktionstheoretisch rekonstruierbar sind. Bei ihnen handelt es sich nämlich "neben Gruppen und sozialen Normen auch (um) solche Gebilde wie gesellschaftliche Organisationsformen (etwa die Trennung von Lohnarbeit und Kapital oder das Verwandtschaftssystem) und soziale Strukturen (etwa die Einkommensverteilung)"[114], die nichts oder wenig mit sozialem Verhalten individualistischer Prägung zu tun haben, und über die man sich nicht einfach interaktiv oder individuell hinwegverhalten bzw. –setzen kann.

Die Versuche den Problemen einer handlungs- oder interaktionstheoretischen Verkürzung gesellschaftlicher Verhältnisse zu entrinnen, führen allerdings schnell in die andere, strukturtheoretische Sackgasse. Diese kann vor lauter Bedingungen, Bestimmungen und Bestimmtwerden beispielsweise nicht mehr die Möglichkeiten und Ursachen von Veränderungen erklären oder macht dies eben nur idealistisch oder voluntaristisch.

Dies führt im Extremfall zu einer grundlegenden "Dehumanisierung der Gesellschaft", die für Habermas in der kritischen Auseinandersetzung mit Positionen des Systemtheoretikers Luhmann dadurch gekennzeichnet ist, daß in ihr "die Individuen...nur mehr zur Umwelt ihres sozialen Systems (gehören). Die Gesellschaft gewinnt ihnen gegenüber eine Objektivität, die sich, weil sie auf Subjektivität gar nicht mehr bezogen ist, in einen intersubjektiven Lebenszusammenhang auch nicht mehr einbringen läßt."[115]

Der obige Idealismusvorwurf an eine Systemtheorie, die aus verschiedenen Gründen an gesellschaftlicher Entwicklung oder Veränderung interessiert ist, wiegt umso schwerer da sie mit ihren kritischen Einwänden gegen den Idealismus der scheinbar grenzenlosen Selbstbestimmung der Individuen in manchen handlungstheoretisch bestimmten Positionen völlig recht hat.

Während also in der traditionellen Soziologie und vielen zeitgenössischen Handlungstheorien der "Ausschluß von Vergegenständlichungen menschlicher Tätigkeit" gepflegt wurde, eliminiert die "moderne" Systemtheorie den "Ausschluß ihrer (der Vergegenständlichungen - d. Verf.) Urheber aus dem Gesellschaftszusammenhang überhaupt."[116]

Es ist offensichtlich, daß diese kontradiktische und apodiktische Frontstellung der beiden hier nur in den Grundzügen vorgestellten Konzepte relativ unfruchtbar ist. Auf ihre Genesis eingehend, kann man von Ausschlägen des Pendels gesellschaftstheoretischer Reflexion nach zwei verschiedenen Seiten eines von beiden Extremversionen nicht verstandenen

□-

Problembereichs sprechen. Dabei stellen beide "Ausschläge" Reaktionen auf die Verabsolutierung des jeweils anderen "Ausschlages" dar:

> *"Eines der Probleme...besteht in der Vernachlässigung interner Faktoren - Strukturen, Prozesse, Probleme - durch die Theorie organisierter Systeme. In ihrer Reaktion auf die Überbetonung solcher Faktoren durch die klassische Theorie und deren Vernachlässigung der Bedeutung der Umwelt einer Organisation für die Art und Weise, wie diese strukturiert ist, wie sie funktioniert und welche Ziele sie verfolgt, ist die Systemtheorie zu oft in das entgegengesetzte Extrem verfallen."*[117]

Diese Position der Systemtheorie sieht dann folgendermaßen aus: "Rationale Planung und Entscheidungsfindung scheinen beinahe gar nicht zu existieren...und wenn überhaupt, dann wird den interpersonalen Beziehungen zwischen den Mitgliedern nur wenig Aufmerksamkeit zuteil."[118]

Warum die Systemtheorie trotz dieser schon vordergründig erkennbaren empirisch-analytischen Verkürztheit so populär ist, führt McCarthy auf ihre Fähigkeit zurück, die theoretische Folie zur Lösung der Stabilitätsanforderungen moderner Managementsysteme zu liefern: "Hier (in den neueren hochtechnologischen Industrien -d. Verf.) hat sich das Problem von der effizienten Aufgabenerfüllung verlagert zur Berücksichtigung von Strukturen, die die erforderliche Flexibilität aufweisen, um das ‚Überleben' des Systems angesichts rapiden Wandels zu ermöglichen."[119]

In diesem Zusammenhang fällt auf, daß allein schon auf der begrifflichen Ebene systemtheoretischer Arbeiten im Sozialpolitikbereich aus der Mechanik stammende Formeln ‚Strukturen und Formen der Bearbeitung sozialer Phänomene dominieren. Erinnert sei hier an die an anderer Stelle dieser Arbeit ausführlicher dargestellten Überlegungen zu einem Arenakonzept der Bearbeitung sozialpolitischer Probleme, den dabei auftauchenden Karriereleitern von Themen, Trichter-und Filterprozessen und last not least der Konsensfalle.

Für die weitere Klärung der Frage nach dem Verhältnis von Struktur und Handlung unter der Zielsetzung, die Relevanz der jeweiligen Akteure und Handlungsträger für die gesellschaftliche Entwicklung im Großen und Kleinen zu verdeutlichen, erscheint uns die gesellschaftstheoretische Position K.H. Tjaden besonders geeignet zu sein.

Diese entstand im Versuch sich konkret mit Habermas' Versuch der handlungstheoretischen Ergänzung der Systemtheorie Luhmanns durch

kommunikationstheoretische Ansätze auseinanderzusetzen und etwas gegen den dabei insgesamt aufkommenden "Eindruck des Ungenügens"[120] zu tun.

Ungenügend erscheinen ihm Habermas‘ wie Luhmanns Ansatz deshalb, weil beide nicht in der Lage seien, "die gesellschaftliche Entwicklung aus ihren inneren Gesetzmäßigkeiten zu erklären und zwei fundamentale Thesen miteinander zu verbinden, die...sonst miteinander unvereinbar sind: Unter allen Bedingungen existieren objektive Gesetze. Die Menschen machen ihre Geschichte selbst."[121]

Beide Positionen stellen für Tjaden eine "Abstraktion von den realen Vollzugsbedingungen gesellschaftlicher Tätigkeit"[122] dar. In beiden Theorievarianten wird, nur jeweils in der anderen Richtung von den nicht eindimensionalen, sondern im Kern zwei Seiten umfassenden, in den gesellschaftlichen Praxiszusammenhang eingehenden "Bedingungen vergesellschafteten Lebens" abstrahiert, also ein komplexer Zusammenhang verkürzt, halbiert, verfälscht.

Dabei handelt es sich um die Einheit von restriktiv-begrenzenden und konstruktiv-fördernden Bedingungen vergesellschafteten Lebens, die Tjaden nicht als quasi objektive Strukturen wirken sieht, sondern die für ihn " durch gesellschaftliche Praxis betätigt und erneuert oder verändert und vereinnahmt sowie miteinander vermittelt werden."[123]

> *"Begreift man gesellschaftliche Tätigkeit derart als praktische Vermittlung von fördernden und begrenzenden Bedingungen vergesellschafteten Lebens - seien diese Bedingungen natürlicher oder geschichtlicher, materieller oder ideeller Art- und damit* ***Gesellschaft als Form der Auseinandersetzung konstruktiver und restriktiver Faktoren,*** *dann erscheint Vergesellschaftung nicht mehr als ein bloß interpersoneller - kommunikativer oder interaktioneller - Zusammenhang, sondern als ein - gesellschaftlicher - Arbeitszusammenhang, der durch diese Funktion bestimmt ist."* [124]

Die zentrale Rolle der gesellschaftlichen Praxis als Auseinandersetzung mit qualitativ unterschiedenen Bedingungsfaktoren und damit auch der subjektiven Akteure nicht nur für das Funktionieren, sondern für die Konstitution und Definition von Gesellschaft macht Vorstellungen der Vergesellschaftung als eines strukturellen Zusammenhang, der die Praxisakteure ausspart, obsolet.[125]

□-

Damit besitzen wir vorerst lediglich eine theoretische Basis für die Integration von gesellschaftlicher Praxis bzw. der Handlungen von Akteuren mit gesellschaftlichen Bedingungen, ohne daß eine der beiden Seiten aus dem Blickwinkel einer ehernen Gesellschaftstheorie prioritär behandelt oder verworfen wird. In Anknüpfung an die Begriffe der Debatten zwischen Struktur- und Handlungstheoretikern ist Gesellschaft eben nicht hinreichend durch einen Inhalt, "Strukturen" oder "Handlungsketten" bestimmbar und konstituiert, sondern als Form der Auseinandersetzung über diese Inhalte.

Der zweite wichtige Punkt ist die Autonomie oder Selbstbestimmung dieser gesellschaftlichen Praxis und ihrer Akteure. Wie weit kann sich die Praxis von den Bedingungen entfernen, oder fällt sie etwa doch mit ihnen zusammen, d.h. ist sie linear und ohne jegliche Freiheitsgrade durch sie bestimmt?

In Anknüpfung an die "systemtheoretisch postulierte Einheit von Selbstbestimmung und Bestimmtwerden"[126] wendet sich Tjaden der Rolle der Selbstbestimmung bzw. der Autonomie der Akteure und Praxis in der Vermittlung entwickelnder und beschränkender Bedingungen vergesellschafteten Lebens zu:

> *" Einerseits geht sie (hier ist expressis verbis die Arbeit gemeint, es können aber auch andere Vermittlungsformen sein - d. Verf.) als Betätigung und Erneuerung ihrer konstruktiven Faktoren über die sie restringierenden Bedingungen hinaus und ist insoweit selbstbestimmt ... Doch sind ihre konstruktiven Bedingungen nur als Veränderung und Vereinnahmung von restriktiven Faktoren wirksam, so daß sie, andererseits, insoweit durch sie bestimmt wird."*[127]

So zitiert McCarthy (1986), auch wenn er im Bereich der grundlegenden gesellschaftstheoretischen Analyse eher einem letztlich interaktionstheoretischen Modell zuneigt[128], einige zutreffende Ausführungen Buckleys zu den gesellschaftlichen "Mikroprozessen", die das Problem der Selbstbestimmung variieren: Danach verweist der Prozess auf "Handlungen und Interaktionen eines fortbestehenden Systems, in dem variierende Strukturierungsniveaus entstehen, fortbestehen, sich auflösen oder verändern " und Gesellschaft zu "einem kontinuierlichen morphogenetischen Prozeß"[129] wird. Dies heißt für die Analyse sozialer Ordnung: " Soziale Ordnung wird nicht einfach normativ festgesetzt und automatisch aufrechter-

halten, sondern muß ‚in Gang gehalten' und fortlaufend wieder hergestellt werden."[130]

Was nun in diesem theoretisch bestimmten Verhältnis von strukturellen Bedingungen und gesellschaftlicher Praxis oder Handlungen das Bewußtsein und die Einstellungen anlangt, soll abschließend ebenfalls angesprochen werden: Wenn Gesellschaft eine Form der Auseinandersetzung über die konstitutiven und teilweise gegenläufigen gesellschaftlichen Bedingungen ist, dann kann Bewußtsein nicht in eins mit dem Sein fallen. Es geht also um ein weiteres gewichtiges Argument gegen platte Verballhornungen der materialistischen Position von der letztlichen Bestimmung des Bewußtseins durch das gesellschaftliche Sein. Diese Nichtidentität macht gerade eine getrennte und spezifische Analyse auf der Basis einer möglichst gründlichen Untersuchung der materiellen Bedingungen wichtig und interessant.

Dabei ist die Identifikation der Abweichungen von zu erwartenden bewußtseinsmäßigen Bearbeitungsformen und -inhalten von der Wirklichkeit besonders interessant, zeigt sie doch den Stand der Auseinandersetzung über restriktive und fördernde gesellschaftlichen Verhältnissen an.

Betrachtet man Handlungen als Vergesellschaftungsarbeit ist dazu die Analyse der Einstellungen von Interesse. Sie sind nicht zwangsläufig mit Handlungen identisch. Das Gegenteil, d.h. ein "Bruch zwischen den Einstellungen zugeschriebenen Aktionstendenzen und dem wirklichen Verhalten der Personen"[131] ist sogar wahrscheinlich und empirisch oft nachgewiesen.

Diese Grundüberlegung macht es zusätzlich interessant und wichtig, gleichwertig neben der Analyse der verschiedenen Bedingungen, Analysen des Bewußtseins und der Einstellungen der Akteure durchzuführen. Nur so können nämlich die in sich widersprüchlichen Resultate der jeweiligen Vergesellschaftungsstufe identifiziert, verstanden und interpretiert werden.

□-

6 Ausgewählte Entstehungs- und Strukturbedingungen sowie Strukturprobleme der Selbstverwaltung in der GKV

Da im Mittelpunkt dieser Arbeit die empirische Analyse der inneren Bedingungen und "subjektiven" Zustände der gegenwärtigen SV steht, verzichten wir auf eine ausführlichere systematische Darstellung ihrer jüngeren Geschichte. Die dazu existierenden Versuche sind aber zu Recht als lückenhaft, sozialrechtlich verkürzend oder als einer "vorherrschenden Bismarck-Orthodoxie und einem unterschwelligen oder offenen nationalen Stolz über die Sozialversicherung als deutsche Erstleistung"[132] frönend kritisiert worden.[133]

Dennoch sollen diejenigen historischen Weichenstellungen und ihre Begründungen, d.h. die ihnen zugewiesenen oder von ihnen erwarteten Funktionen etwas ausführlicher dargestellt werden, die erkennbar auch in der Gegenwart eine große Rolle für die SV und ihre Praxis spielen.

Es sind dies die Elemente des **Verhältnisses der SV zum Staat** und damit die konstitutive Stellung der SV überhaupt, es ist die **paritätische Konstruktion der SV** speziell nach 1952, die **Dezentralisierung** der GKV und der SV und zuletzt das **Verhältnis von ehrenamtlicher Selbstverwaltung zu professioneller Verwaltungsbürokratie** als generellem Problem der Selbstverwaltungstheorie.

6.1 Staat und Selbstverwaltung

Als Prinzip entstanden, dem absolutistischen Staat durch Beteiligung der Bürger ein Gegengewicht entgegenzustellen[134] und damit als erstes im Kommunalbereich praktiziert, taucht der Begriff Selbstverwaltung für eine solche Position Mitte des 19.Jahrhunderts zum ersten Mal auf. Ein Staatstheoretiker definiert Selbstverwaltung als

> *"die Heranziehung der Bürger zu den Staatsaufgaben, die Teilnahme von Laien an der Verwaltungstätigkeit, die Durchsetzung des Beamtentums mit ehrenamtlichen Laien."*[135]

Ob eine Interpretation, die SV stehe vom Begriff her "im Gegensatz zur Staatsverwaltung"[136] zwangsläufig stimmt, ist zu bezweifeln.[137] Eindeutig aber ist die innere Abhängigkeit und Verwobenheit von **Staat und SV**. Dies umfasst durchaus auch aktive Tendenzen von Entstaatlichung wie

sie z.B. in einer der ersten Begründungen aus der Arbeiterbewegung für "Gesundheitspflegevereine" sowie "Krankenunterstützungs- und Sterbekassen" aus dem Jahre 1850 auftauchen:

> *"Wie man in vielen Landesteilen dem Arbeiter noch nicht einmal die freie Wahl der Arbeit und des Arbeitgebers gestattet, so möchte man den Gesellschaften, wie einst den Seelsorger, nun gar den Arzt aufzwingen und die Verwalter ihrer mit Sorge und Mühe aufgebrachten Kassen. Doch die Zeit reift, wo der schwerfällige Mechanismus der* ***Vielregiererei*** *in das alte Eisen geworfen wird, und es liegt an uns, die Kräfte der Selbstverwaltung zu üben, denn nur der Fähige wird seinen Wirkungskreis erobern und behaupten. Darum sind wir überall von den* ***Grundsätzen der Selbsthilfe und der Selbstverwaltung*** *ausgegangen."*[138]

Dieses Verhältnis spielt dann positiv wie negativ eine bis heute präsente Rolle bei allen Definitionen der SV und der GKV. Der im Staatsverständnis enthaltene Horizont der SV bestimmt daher oft ihren Handlungswillen und -grenzen.

Ein Musterbeispiel für eine Definition, angesichts deren ständigem, gehäuften Betonen ja Beschwören man fragen muß, was die SV dann eigentlich wirklich materiell noch außer als Anhängsel des Staates soll, liefern Maunz und Schaft in ihrer Kommentierung der Bedeutung von SV in der Sozialversicherung. Sie ist

> *"gesetzlich geordnete, Rechtsetzungsbefugnissen (Autonomie) verbundene Verwaltung durch als solche rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts, die durch Gesetz oder aufgrund gesetzlicher Vorschriften errichtet werden, um mit Organen, in denen gewählte Vertreter der Beteiligten...ehrenamtlich tätig sind, die ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben öffentlicher Daseinsvorsorge als eigene, im eigenen Namen und in eigener Verantwortung nach Maßgabe und Gesetz und Satzung und unter staatlicher Aufsicht zu erfüllen."*[139]

In dieselbe Kerbe schlug das Bundesverfassungsgericht, als es 1975 der SV "der Ortskrankenkassen die Fähigkeit abgesprochen (hat), Träger von gegen den Staat gerichteten Grundrechten zu sein"[140] und sich dabei ausführlicher zur eigentümlichen Stellung der GKV zum Staat äußerte:

> *"Von dem Grundsatz der Selbstverwaltung waren sie (die Hilfskassen der Arbeiter) indessen nicht derart bestimmt, daß die*

-

Staatsaufsicht nur eine Randbedeutung hatte und sie deshalb vom Staat unabhängig waren...In Wahrheit sind heute die allgemeinen Ortskrankenkassen (und damit natürlich auch alle anderen Kassen - d. Verf.) dem Staat eingegliederte Körperschaften...Die Hauptaufgabe der Sozialversicherungsträger besteht in dem Vollzug einer detaillierten Sozialgesetzgebung."[141]

Auf dieses Urteil sowie auf Betrachtungen zum praktischen Wirken der SV gestützt, wird ihr in der staats- und verfassungsrechtlichen Diskussion mit großem argumentativen Aufwand die verfassungsrechtlich verankerte eigenständige, neben dem Staat existierende Rolle, Normierung und Legitimation vorenthalten bzw. abgesprochen.

Gerade diese u.a. gegen die SV gewandte Prädominanz des Staates und seine Regelungskompetenzen, macht paradoxerweise die eben zitierte Minimierung autonomer Möglichkeiten der GKV/SV gegenüber und zugunsten des Staates obsolet.

Der staatliche Versuch, das Sozialstaatsprinzip des Grundgesetzes oder dessen Forderung nach der Gleichartigkeit der gesundheitlichen Verhältnisse u.a. durch Vorschriften für die Sozialversicherungsträger zu realisieren, führt nicht automatisch zum Erfolg. Es ist sogar möglich, daß sich die Problemlagen noch verschärfen.

Der Widerspruch zwischen dem dem staatlichen Handeln notwendigerweise immer anhaftenden Element tatsächlicher oder gar nur scheinbarer "rechtlicher Gleichbehandlung und (der) Individualisierung (oder Segmentierung –d. Verf.) der Bedarfslagen(n)"[142] ist hierfür die Triebfeder.

Hieraus folgt für staatliches Handeln und dessen Normen seine Allkompetenz und generalisierende Allgegenwärtigkeit zu relativieren und im Verhältnis zur GKV eine Distanz bzw. einen Spielraum zu schaffen, in dem die GKV und ihre SV als intermediäre Organisationen flexibel in die nicht planmäßig und staatlich beherrschbaren Lücken einspringen kann. Dieser Distanzraum kann aber selbst nicht, wie Maunz/Schaft dies sicherlich sähen, im Detail staatlich geregelt werden, da dann von Beginn an wieder dysfunktionale Folgen aufträten. Insofern muß der Raum der GKV/SV konträr zu den Sichtweisen und Reaktionsformen des Staates strukturiert sein - eben in einem weiten Sinne entstaatlicht sein.

Offensichtlich wird das Verhältnis von Staat und SV in der GKV dadurch nicht einfacher, sondern eher noch komplizierter, praktisch widersprüchli-

cher und reibungsvoller. Deutlich ist aber auch die Genesis in den materialen Problemen von Sozialpolitik zwischen Staat und Bürgern.[143]

Verfassungsrechtlich vage hat sich diese intermediäre Konkretisierung des Sozialstaatsprinzips[144] gleichermaßen dem Bundesverfassungsgericht in seinem NC-Urteil aus dem Jahre 1972 gestellt:

> *"Je stärker der moderne Staat sich der sozialen Sicherung und kulturellen Förderung der Bürger zuwendet, desto mehr tritt im Verhältnis zwischen Bürger und Staat neben das ursprüngliche Postulat grundrechtlicher Freiheitssicherung vor dem Staat die komplementäre Forderung nach grundrechtlicher Verbürgung der Teilhabe an staatlichen Leistungen."*[145]

Die Gesetzgebung selber hat die Ermessensspielräume dafür, nicht zu antizipierende Bedarfslagen und existierende Partizipationsbedarfe durch die GKV befriedigen zu lassen und zu können, insbesondere in den bereits erwähnten unbestimmten Rechtsbegriffen und -regelungen insbesondere des SGBs eröffnet.

6.2 Dezentralisierung und Selbstverwaltung

Die damals noch wesentlich stärkere aber trotzdem noch heute existente und für wichtig erachtete **Dezentralisierung von Sozialversicherung** auf nichtstaatliche Träger und der innerhalb dieser großen Organisationsform nochmals erfolgenden Verteilung auf viele Einzelträger, hatte eine interessante und daher etwas ausführlicher zitierte funktionale Begründung:

> *"Bei der Errichtung des...Krankenkassenwesens-...leitete den Gesetzgeber der Gesichtspunkt tunlichster Zentralisation auf berufsgenossenschaftlicher Grundlage...Der sonst für das Versicherungswesen im allgemeinen als zweckmäßig anerkannte Grundsatz, daß die Lasten umso leichter und sicherer getragen werden, je breiter die Schultern sind, denen man sie auferlegt, wurde bewußt verlassen mit Rücksicht auf die Eigenart des Risikos in der Krankenversicherung. Diese liegt zunächst und vornehmlich darin, daß der Versicherungsfall...sich nach außen nicht mit der Bestimmtheit und Zweifellosigkeit abhebt, wie andere Versicherungsfälle, z.B. Tod..., sondern daß dem subjektiven Empfinden und den eigenen Angaben des Berechtigten selbst eine große Bedeutung zukommt."*[146]

□-

Den repressiven Herrschaftsaspekt von dezentraler selbstverwalteter GKV fasst Tennstedt in Anlehnung an die Position der Reichsregierung von 1882 in drei Punkte zusammen: "1. sei das Krankheitsrisiko verhältnismäßig gleich, 2. sei die Selbstverwaltung leichter durchführbar und 3. sei die Kontrolle gegen Simulation einfach, weil sie durch die ‚Betroffenen' selber erfolge."[147]

Er fügt ferner die zutreffende Beurteilung hinzu, " mit der Dezentralisation (wurde) verhindert, daß die Arbeiter unter der Herrschaft des Sozialistengesetzes eine legale Möglichkeit einer neuen Organisation bekamen."[148]

Mit vielen Modellierungen und der Beseitigung der offen repressiven Funktion wird bis heute am dezentralisierten Prinzip der GKV und SV festgehalten, wobei eine endgültige Entscheidung über die Position der Verbände als zwischenzeitlich mächtiger institutioneller Zentralisierung noch nicht erkannt werden kann.

Es gibt lediglich warnende Hinweise, daß die Einbindung von Versicherteninteressen in die Meinungsbildung und Entscheidungsfindung der Verbände einige Probleme in sich birgt. Wenn diese Verbände aber aus den verschiedensten Gründen eine immer größere Rolle in der GKV spielen, spitzt sich das nachfolgend umschriebene Problem der verbandlichen Vernachlässigung gesundheitspolitischer Interessenvertretung noch zu bzw. entstehen neue Widersprüche:

> *"Das gemeinsame Interesse der in der Selbstverwaltung auf Landesebene repräsentierten Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten an günstigen Beitragssätzen führt alleine nicht dazu, daß auch eine gesundheitspolitische Orientierung gefunden wird....Ein öffentlich transparenter Zielbildungsprozeß unter Berücksichtigung der Versicherteninteressen innerhalb der Selbstverwaltung der Landesverbände und vorausgehend auf Ortsebene findet nur unzureichend statt....Die Artikulation ihrer (der Versicherten -d. Verf.) Bedürfnisse und Erwartungen wird kaum gefördert und kann insofern nicht in die Zielbildung des Landesverbandes als der zentralen Planungs- und Steuerungsorganisation eingehen. Die Vertrags- und Planungspolitik beschränkt sich deshalb weitgehend auf die finanzielle Dimension des Leistungsgeschehens....Die Qualität und die Art des Angebotes an medizinischen Leistungen kann aus diesem Grunde kaum beeinflußt werden."*[149]

6.3 Paritätische Besetzung der Selbstverwaltung durch Versicherten- und Arbeitgebervertreter

Die **paritätische Besetzung von SV-Organen** mit Vertretern von Arbeitgebern und krankenversicherten Arbeitnehmern hat je nach der grundsätzlichen Bewertung der SV eine zentrale argumentative, erklärende oder entschuldigende Rolle.

In groben Zügen läßt sich die Entwicklung der GKV unter dem Gesichtspunkt der Wandlungen der Parität folgendermaßen skizzieren: Vor der Bismarckschen Sozialgesetzgebung gab es wegen der ausschließlichen Orientierung der Sitzverteilung nach dem Finanzierungsanteil von Arbeitgebern und Versicherten eine Vielzahl von Sitzverteilungsmodellen, die von halbparitätischen über 2/3 Arbeitnehmer zu 1/3 Arbeitgeber-Modellen bis zu Modellen mit fast völligem Ausschluß des Einflußes der Versicherten auf die Verwaltung reichten.

Nach der RVO-Einführung überwogen nach der Beitragsaufteilung bemessen mit 2/3 der Mandate die Versicherten bei den Orts- und Betriebskrankenkassen, während bei den IKKen schon damals eine Halbparität existierte. Für die aus den ehemaligen freien Hilfskassen gebildeten Ersatzkassen wurde damals eine alleinige Versicherten-SV eingeführt.

Die Entwicklung des Mandatsverhältnisses von Arbeitgebern und Arbeitnehmern bzw. Versicherten läßt sich selbst außerhalb der einschneidenden Paritätsveränderungen als eine langsame, indirekte und schleichende Vergrößerung des Einflußes der Arbeitgeber beschreiben.

So ist zur RVO-Gesetzgebung Anfang dieses Jahrhunderts, die formal die Arbeitgeber mit 1/3-Anteil in der SV verankerte, ergänzend festzustellen, daß sie "einzelne, wichtige Zweige der Geschäftsführung der Krankenkassen eingehend regelt und dabei den Einfluß der Arbeitgeber auf die Verwaltung, ohne ihren Beitragsanteil zu ändern, stärkt."[150]

Dies wurde vor allem durch das Prinzip "itio in partes" bewerkstelligt, das bedeutet, " daß die Kassenorgane...in bestimmten Fällen ihre Beschlüsse in getrennter Abstimmung der Gruppen der Arbeitgeber und der Versicherten fassen mußten und ein gültiger Beschluß erst dann vorlag, wenn die Mehrheit der beiden Gruppen übereinstimmte. Dadurch war der kleineren Gruppe der Arbeitgeber in wichtigen Entscheidungen der gleiche Einfluß eingeräumt wie der Gruppe der Versicherten."[151]

□-

Hinzu kam die Abschaffung der plebiszitären Generalversammlung zu deren Stellenwert die zeitgenössische Kommentierung im damaligen Entwurf der RVO folgendes kritisch anmerkte: "Allzu zahlreich besetzte Mitgliederversammlungen pflegen erfahrungsgemäß für eine sachliche und fördersame Behandlung der Geschäfte einer Körperschaft wenig geeignet zu sein."[152]

Das Verhältniswahlrecht, als Versuch eingeschätzt, die Arbeiterbewegungslisten zu zersplittern und die sprunghafte Ausdehnung der kasuistischen Ausrichtung des GKV-Handelns durch die RVO kamen noch mittelbar als Faktoren der Einflußstärkung der Arbeitgeber hinzu.[153]

Nach der 1934 erfolgten Zerschlagung der demokratisch verfassten GKV und Sozialversicherung durch den Faschismus und ihre Umstrukturierung nach dem Führerprinzip, versuchten sozialdemokratische, kommunistische und gewerkschaftliche Kräfte nach 1945 zum ersten Mal den Gedanken der Einheitsversicherung zu realisieren[154]. Zum anderen versuchten sie wenigstens wieder die Minoritätsstellung der Arbeitgeber in der SV von vor 1933 herzustellen. Das maximale Ziel war allerdings auch hier, jeglichen Arbeitgebereinflußes in der Sozialversicherung [155] auszuschalten.

In der Vorbereitung des dann endgültig 1950 durch den Bundestag verabschiedeten Gesetzes[156] war dieses im Kern schon 1949 im Wirtschaftsrat diskutiert worden. Der SPD-Abgeordnete Willi Richter plädierte dort u.a. mit folgenden Argumenten für einen bereits ins Auge gefassten Kompromiß einer 2/3-Mehrheit der Arbeitnehmervertreter:

> *" Die Versicherung ist in erster Linie für die Versicherten da. Sie sollten eigentlich...über ihre Belange allein entscheiden."*[157]

Dabei gab es aber nicht nur radikale Forderungen, den Arbeitgebereinfluß gänzlich auszuschalten, sondern auch konservative Meinungen und Konzepte zur Halbparität, die sich dann letztlich durchsetzten. Es gab aber gleichermaßen eine gewerkschaftliche Stimme, nämlich die Anton Storchs, des Direktors der Verwaltung für Arbeit im Wirtschaftsrat, der mit folgender Argumentation für die Halbparität eintrat:

> *"Daß in einer Zeit, in der man gerade seitens der Arbeitnehmerschaft darauf drängt, in eine wirkliche Wirtschaftsdemokratie hineinzuwachsen, der Grundsatz voller Parität für die beiden Sozialpartner auch auf diesem Gebiet beibehalten werden sollte...wir haben Vorbereitungsarbeiten leisten wollen, auf Grund deren unsere Sozialversicherung auf die Dauer gesehen, aus*

dem Bereich der politischen Gesetzgebung herausgenommen und viel mehr von den Sozialpartnern in Selbstverwaltung genommen wird."[158]

Damit hatte er nicht nur expressis verbis die Verbände der Sozialpartner zu eigentlichen Trägern der SV gemacht sowie die sozialpartnerschaftliche Parität in der GKV-SV zu deren Hauptzweck erkoren, sondern dies zugleich in den Rang eines gesellschaftstragenden staatspolitischen Elements erhoben. Selbstverwaltung in Parität war ein wichtiger konkreter Ausdruck und Beitrag zur Sozialpartnerschaft als der immer vorherrschender werdenden Staats- und Gesellschaftsdoktrin und Form der Regulation sozialer Gegensätze in der BRD.

Die paritätische SV sollte die paradigmatische Funktion sozialpartnerschaftlicher Konfliktregulierung einnehmen, sie war als Integrationsinstrument bzw. als "Übungsplatz" und Rückzugsterrain für streitende soziale Kräfte prädestiniert.

Trotz der durchaus selber erkannten Folgen für die "Sachgerechtigkeit der Entschließungen"[159], deren Leistungsinhalt nach landläufigem Verständnis der Hauptzweck der Sozialversicherung sein sollte, gibt Bogs zu bedenken:

"Solchen Gefahren und Nachteilen stehen aber Vorzüge eines paritätischen Vertretungssystems gegenüber: Es fördert die Bereitschaft der Gruppen zum wirklichen Mittun; eine minderheitliche Vertretung würde leicht die ***Lust*** *zur Mitarbeit verlieren, weil sie nicht auch zur vollen Mitverantwortung gerufen ist. Die gleiche Stärke der Sozialfraktionen zwingt auch in gewissem Umfang dazu, bei Sach- und Personalentscheidungen mit Argumenten sich gegenseitig zu überzeugen; Stimmenmehrheit verleitet zum selbstherrlichen Gebrauch."*[160]

Wiederum im Kontrast zu einer Reihe von politikwissenschaftlichen Einwänden gegen die Effektivität von Konkordanz- gegenüber Konkurrenzmodellen[161] , weist Bogs der paritätischen SV neben der "Lustfunktion" zusätzlich noch die mehr atmosphärische Funktion zu, ein Klima für fruchtbare Gespräche zu schaffen und diese dann auch selber so zu führen:

"Sie (die Parität -d. Verf.) schafft eine günstige Atmosphäre für die Verständigung auf gute, sozialpolitische und wirtschaftspolitische Gesichtspunkte gleichermaßen berücksichtigende Sach-

□-

lösungen, weil sie die Waffengleichheit der Sozialpartnerorganisationen im politischen Raum widerspiegelt."[162]

Die Haupteinwände gegen das Konkordanzmodell richten sich auf seine latent innovationshemmende Wirkung, weil Entscheidungen unter seinen Bedingungen zwangsläufig oder wenigstens überwiegend auf Kosten einzelner Interessengruppen gehen, die geringe Möglichkeiten haben, sich mangels gemeinsamer Ziele auf Planung und Koordination einigen zu können und weil wegen des Fehlens einer Opposition keine wirkliche Kontrolle der Verwaltungs-Regierung stattfindet.

Neben mittelbaren und langfristigen Integrationswirkungen der SV und den Erwartungen in eine organisatorisch vermittelte Einübung sozialpartnerschaftlicher Verhaltensweisen bei den Arbeitnehmervertretern, erwarten die Vertreter einer SV-Parität aber ebenfalls unmittelbar praktische Herrschaftserfolge:

"Die gleichberechtigte Teilnahme von Arbeitnehmerschaft und Arbeitgeberschaft an der Sozialversicherung erleichtert es auch, die leitenden Kräfte der Verwaltung so auszuwählen, daß keine größeren politischen Spannungen zwischen Selbstverwaltungsgruppen, Geschäftsführung und Aufsicht zu erwarten sind. In den obersten Schichten der Hauptverwaltung können die Einflüsse von Gewerkschaften und Arbeitgebervereinigungen in etwa ins Gleichgewicht gebracht werden."[163]

Offensichtlich sitzen den bürgerlichen Kräften selbst nach fast einem Jahrhundert die Erfahrungen mit der vielbeklagten sozialdemokratischen Unterwanderung der GKV im Personalbereich in den Köpfen. Die für Arbeiterkinder lange Zeit einzige Chance, das Bildungsprivileg des Bürgertums durch einen Aufstieg in der Hierarchie der Krankenkassen zu überwinden, wird immerhin gelegentlich als eine der wichtigsten Funktion der GKV in der Vergangenheit bezeichnet.

Die "Lustschaffungs-", Integrations- und Kommunikationsübungsfunktion kann die paritätische SV aber nur deshalb erfüllen, weil in den Augen der Paritäts-Protagonisten von einer "relativen Bedeutungslosigkeit der Leistungsfunktion"[164] ausgegangen wurde und wird.

Wäre dies nicht so, würde anders als jetzt - so explizit die Vertreter von Parität, die Leistungsfunktion im direkten Gegenüber zur Integrationsfunktion wieder höher zu bewerten sein. Dann wäre auch die Parität dysfunkti-

onal. Dies ist mit anderen Worten der Inhalt der Zusammenfassung einer im Umkreis von Herder-Dorneich entstandenen Dissertation zu den Sozialwahlen, die mit einer bemerkenswerten Bemerkung des Sozialrechtlers Bogs "gefüllt" wird:

> *"Für die Sozialversicherung in ihrer Aufbauphase mag es in bezug auf ihre Leistungsfunktion von Vorteil gewesen sein, wenn ihre Träger teilweise in die vorrangige Bestimmungsgewalt der Arbeitnehmer gestellt wurden. ‚Heute hat der Gesetzgeber die Schutzfunktion der Sozialversicherung voll entwickelt. Damit ist das Bedürfnis für eine sozialpolitische Beschlußfähigkeit der Versicherungsorganisation ein geringeres geworden. Selbst die wenigen noch offenen Gestaltungsräume der Sozialversicherungsträger im Außenverhältnis zu den Versicherten ordnet heute immer mehr der Gesetzgeber. Er handelt dabei wie unter einem Zwang, der wohl weniger in dem Machtgelüst der Parteien als noch mehr in dem Streben einer Zeit nach Egalisierung und Uniformierung des Sozialstatus seine Ursache haben dürfte‘ (Bogs 1973, S.163 f.)."*[165]

Da die Einschätzung eines praktischen Bedeutungsverlustes der Leistungsfunktion faktisch gerade nicht zutrifft und die gesundheitlichen Probleme für ihre Bewältigung genau eine nichtstaatliche Flexibilität im Bereich der Problemerkennung und -lösung verlangen, zieht diese Argumentation den Paritätsbefürwortern unfreiwillig den Boden unter den Füßen weg.

Die strategische Bedeutung der Einrichtung SV wird dann klar, wenn ihre Aufgabe des "gruppendynamischen Konfliktlösungsmechanismus"[166] wirkungsvoll nur auf der Basis von "Konfliktvermeidungsstrategien"[167] funktionieren kann, von denen eine das "Ausklammern von strukturellen Fragen"[168] ist. Übernimmt dann der Staat die Bewältigung dieser Fragen, liegt ganz im Sinne einer self-fulfilling-prophecy eine weitere Begründung für die Bedeutungslosigkeit der Leistungsfunktion der SV vor.

Wir haben gerade die konservativen Begründungen deshalb so ausführlich gewürdigt und analysiert, weil sie an sich die oft gehörte ökonomische Begründung für die Halbparität, der Beitrag würde 50:50 von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen, eher in den Hintergrund drängt und stattdessen sozialpolitische Erwägungen in den Vordergrund schiebt.

Gegen solche Argumentationen laufen Hinweise gewerkschaftsnaher Sozialwissenschaftler, "die Gewerkschaften (könnten) die von ihnen favorisierte Lösung (der Abschaffung der Parität - d. Verf.) wie eine reife Frucht

□-

vom Baum pflücken, wenn sie sich endlich ernsthaft bemühen wollten, den wirtschaftstheoretisch längst als Lohnbestandteil ausgewiesenen Arbeitgeberbeitrag...abzuschaffen,"[169] völlig ins Leere. Im übrigen ist es richtig und trotzdem immer wieder überraschend, daß ausgerechnet konservative Ökonomen tatsächlich fast selbstverständlich den Arbeitgeberbeitrag als Lohnbestandteil einordnen.[170]

Leistungs- und Integrationsfunktion sind in dem von Großhaus vorgestellten Modell als ein System kommunizierender Röhren konzipiert, d.h. die Ausdehnung der Leistungsfunktion mindert die Integrationsfunktion und die Basis und Existenz der Halbparität.

Ob und in welchen Kombinationen Leistungs- und Integrationsfunktion in politischen Konzepten der Selbstverwalter zur Parität selber integriert sind, wird eine interessante Fragestellung unserer eigenen Untersuchung sein.[171]

6.4 Selbstverwaltung und Verwaltung

Insbesondere im Kontext der Wandlung der GKV-Sozialbürokratie von einer stark verrechtlichten, ökonomisierten und immer mehr "situative Handlungskompetenz"[172] verlierenden sozialen Agentur zur "interaktionsfähigen Sozialverwaltung", taucht u.a. immer wieder die Innovationsfunktion der ehrenamtlichen SV als kritisches und zugleich hoffnungsvoll stimmendes Element auf.

Kruse, selbst Geschäftsführer einer Krankenkasse, fasst die Funktionsprobleme und Defizite der Verwaltung folgendermaßen zusammen:

> *"Einmal wird die vorwiegend durch Unkenntnis verhinderte Kontaktaufnahme des Bürgers zum System aufgrund ihrer schichtenspezifischen Auswirkungen zum bedrückenden Problem. Zum anderen verlangt eine zielgerichtete Leistungserbringung bei dem hohen Niveau der sozialen Sicherung die Einbeziehung von immer mehr Bedingungen aus dem Leben des Bürgers in die Entscheidungsfindung. Schließlich muß angesichts der Uneinheitlichkeit des Systems sichergestellt werden, daß auch die richtigen Leistungsträger erkannt werden."*[173]

Mag dies 1976 noch die eher private Sorge eines gesundheitspolitisch sehr engagierten Geschäftsführers gewesen sein, so sieht dies mehr als 10 Jahre später in unangenehmer Weise drängender und als Problem der

Verwaltung verbindlicher aus. Dies liegt vor allem an einer obersten Rechtsprechung, die einige der Beratungsrechte von Versicherten nach dem SGB und die komplementären Beratungspflichten grundsätzlicher und für den Alltag zwingender formuliert hat. 1987 geschah dies erneut [174] durch das Bundessozialgericht:

> *"Der erkennende Senat hat in ständiger Rechtsprechung entschieden, daß eine umfassende Beratung der Versicherten die Grundlage für das Funktionieren des immer komplizierter werdenden sozialen Leistungssystems ist...Im Vordergrund steht dabei nicht mehr nur die Beantwortung von Fragen oder Bitten um Beratung, sondern die verständnisvolle Förderung des Versicherten, d.h. die aufmerksame Prüfung durch den Sachbearbeiter, ob Anlaß besteht, den Versicherten auch von Amts wegen auf Gestaltungsmöglichkeiten oder Nachteile hinzuweisen, die sich mit seinem Anliegen verbinden; denn schon gezielte Fragen setzen Sachkunde voraus, über die der Versicherte oft nicht verfügt. Dabei beschränkt sich die Beratungspflicht nicht auf Normen, die der betreffende Sozialversicherungsträger...anzuwenden hat."*[175]

Die juristisch-politischen Anforderungen an das Handeln der Kassenbürokratie und die weiterreichenden Diskussionen über andere Versicherten- und Versicherungsbedürfnisse zeigen u.a. auch Wirkungen in der lange Zeit monolithisch erscheinenden verbürokratisierten Sozialversicherung. Dabei handelt es sich nicht mehr um Zufälligkeiten oder das Wirken von "großen Persönlichkeiten in der Geschäftsführung", sondern die Debatte wird nunmehr auch in den mittleren und niedrigen Rängen der Kassenbürokratie geführt.

So zeigt eine Befragung von Sachbearbeitern der niedersächsischen Ortskrankenkassen zur Einführung einer neuen EDV-Konzeption die gerade bei ihnen vorhandenen Interessen an einer Umstrukturierung der Kasse im Sinne präventiver Zielsetzungen - selbst wenn dabei natürlich auch eigene soziale Zukunftsinteressen mit im Spiel sein dürften:

> *"Die alphabetische Betreuung würde ich gerne ersetzen durch eine betriebsbezogene oder wohnungsbezogene Betreuung. Egal, welche Form der Vertiefung der Beziehungen dient, die würde ich vorziehen. Der Betrieb wäre insofern interessant, weil arbeitsplatzspezifische Kenntnisse des Sachbearbeiters ziemlich große Vorteile wären: Individuelle Beratung, Umweltfragen,*

□-

Krankheitsrisiken bestimmter Arbeitsbedingungen, Ansprechpartner Arbeitgeber, und zwar im Paket."[176]

Eine systematische Befragung von Kassen über die Bewertung und die eigene Realisierung verschiedenster präventionsdienlicher Aktivitäten der GKV

"erbrachte insofern wichtige Ergebnisse, als sie im Soll-Ist-Vergleich für verschiedene möglichen Maßnahmen, ein ausgeprägtes Potential (allerdings) subaktiver Problemerkenntnis, ein teilweise drastisches Umsetzungsdefizit und damit auch ein erhebliches Spannungsverhältnis von Soll und Ist demonstriert. Sofern sich diese Spannungen lediglich in Unbehagen oder auch letztlich technokratisch gemeinte Ineffizienzbewertungen umsetzen, erwächst der SV die Aufgabe, diesem ‚Absacken' durch Aufgreifen der darin liegenden innovativen Aspekte entgegenzuwirken."[177]

Siebeck, langjähriger Geschäftsführer in der GKV, sah schon vor einiger Zeit die SV in der Rolle und Lage der Überwinderin dieser Leistungsdefizite der professionellen Bürokratie:

"Die Krankenkassen müssen Initiativen entwickeln, um auch aus eigener Kompetenz die Zielsetzungen des sozialen Rechtsstaats verwirklichen zu können. Sie müssen, wo es nur möglich ist, auf die Versicherten und die Arbeitgeber zugehen, statt sie an sich herankommen zu lassen. Das ist eine Abkehr von herkömmlichen Anschauungen, die davon ausgingen, eine Verwaltung brauche nur zu reagieren, wenn eine Forderung geltend gemacht wird oder eine Verpflichtung zu erfüllen ist. Die moderne Verwaltung muß agieren. Sie muß unbeschadet ihrer Bindung an das Gesetz generell und im Einzelfall vorausschauend, planend und gestaltend tätig werden. Dies ist der eigentliche, noch stark ausbaufähige Bereich der Selbstverwaltung und der Selbstdarstellung."[178]

Überwogen in unserer Betrachtung des Verhältnisses von Verwaltung und SV bisher - in bewußter Verkehrung der sonst üblichen Reihenfolge - die positiven Seiten einer Verwaltung, die, aus welchen Gründen auch immer, Veränderungen ihrer Routinen will und einer SV, die in den Augen der Verwaltung hierfür wichtiger positiver Impulsgeber sein sollte, folgt nun das negative Gegenteil.

Es ist durch eine Vielzahl von Charakteristika geprägt. Die kritischen Stimmen gehen von der "Dominanz des Apparates bzw. der Geschäftsführung"[179] gegenüber der ehrenamtlichen SV aus, die durch Parität und eben das Ehrenamt ein "strukturelles Defizit" in Sachen "inhaltlicher Kompetenz und Verbindlichkeit"[180] gegenüber der Geschäftsführung hat:

> *"Das Kompetenzgefälle bedeutet, daß in der Interaktionsbeziehung von Kassenverwaltung und Selbstverwaltungs-Organen letztere in der Regel nicht die steuernde Instanz sind, sondern ihnen umgekehrt eher die Funktion als zentrale Aktions- und Legitimationshebel der Verwaltung zukommt. Dies wird um so deutlicher, je ambitionierter eine Geschäftsführung ist. Die Selbstverwaltung kann dann unter besonderen Bedingungen zu ihrer politischen Handlungsressource werden."*[181]

"Wichtiger", so Göckenjan auf der Basis eigener Untersuchungen der GKV im Rahmen des WZB-Präventionsprojektes, "als die positiven Kompetenzen sind jedoch die negativen"[182] Möglichkeiten der SV, die Geschäftsführung abzublocken, was unter dem Begriff der "negativen Institutionierung"[183] systematischen Stellenwert gewinnt.

Da aus einer solchen Position der SV in der Tat keine innovativen Konzepte oder gar Impulse zu erwarten sind, spricht Göckenjan von einer weiteren, dieses Mal "paradoxen Institutionierung"[184]. Sie beinhaltet eine angebliche Verkehrung der Verhältnisse zwischen SV und Geschäftsführung: Die SV, eigentlich dispositions- und politisch steuerungsbefugt übernehme ausschließlich legitimatorische Funktionen, während die Geschäftsführung als eigentlich nur Exekutionsbefugter der GKV immer mehr dispositionsfähig würde:

> *"Folglich bestehen die größten Progressivitätschancen in solchen Kassen, in denen eine engagierte Geschäftsführung mit einer Selbstverwaltung kooperiert, die bereit ist, in vorgeschlagener Weise ‚mitzuziehen'"*[185]*.*

Insgesamt ist die Entscheidungssituation "verwinkelt" und besteht aus dem "Versuch, die Geschäftsführung informell für bestimmte Ziele zu interessieren, und dem resultierendem Versuch der Geschäftsführung, die Selbstverwaltung tatsächlich als Verwaltungsressource zu gewinnen."[186]

Solche, auf die GKV und ihre Präventionspolitik spezifizierten kritischen Ausführungen bewegen sich im Kontext einer wirtschaftswirtschaftlichen Analyse von Selbstverwaltungskonzepten, die ähnlich grundsätzlich und

□-

skeptisch Disparitäten zwischen Management und mit der Steuerung von Ökonomie betrauten SV konstatiert.

Es besteht eine erhebliche "Ressourcendisparität zwischen Management und Basis"[187] und die SV-Organe sind "organ(s) without objective"[188]. Der "Wissensmacht" der Verwaltung steht lediglich eine formale Legitimationsmacht der SV gegenüber. Wenn Hettlage darüber nachdenkt, ob und wie die SV diesen "Wissensvorsprung" aufholen kann, kommt er zu einer im Kern nicht gerade sehr optimistischen Konstatierung eines "generelle(n) Dilemma(s) der SV":

> *"Die für die Aufrechterhaltung der Organisation benötigten Kompetenzen und deren breite Streuung müssen schon ab initio vorausgesetzt werden, obwohl sie sich erst in der Praxis langsam, wenn überhaupt, herausbilden."*[189]

All diese Probleme würden aber mit "Verhüllungsrhetorik" und "Partizipationsrhetorik als ‚Herrschaft der Phrase' "[190] und der "Anpassungsform des Rückzugs"[191] bewältigt.

Betrachtet man sich die beiden Varianten der Bewertung des Verhältnisses von SV und Geschäftsführung, fällt als erstes das relativ Beliebige der Analysen einzelner Aspekte auf. Dies führt dazu, daß die eine Position zur Weiterentwicklung der Verwaltung auf die SV setzt und die andere letztlich auf eine klug informell taktierende Verwaltung. Das Endergebnis ist Stillstand. Der sich gegenüber der SV relativ erwartungsvoll verhaltenden Position wie der völlig pessimistisch argumentierenden Sichtweise fehlt im Grunde genommen eine halbwegs zuverlässige empirische Wissens-Basis über die SV-Wirklichkeit. Bei den Urteilen Göckenjans handelt es sich überwiegend um Deduktionen aus Funktionsprinzipien, die den politischen Prozess der GKV und SV völlig ausklammern.

Das dann aber letztlich doch noch aufscheinende Innovationsmodell ist fast zwangsläufig in mehrerer Hinsicht apolitisch und im schlechten Sinn formal: Es setzt nämlich voraus bzw. unterstellt empirisch, daß die SV keine Kompetenz und keine politischen Alternativkonzepte entwickeln oder aneignen könne, diese dann ebenfalls nicht in politische Diskussionen mit den Arbeitgebern einbringen könne bzw. wolle und last not least die zuvor als prinzipiell restriktiv gekennzeichneten Arbeitgeber nicht merkten, wenn die Geschäftsführung auf "verwinkelte Weise" informell die Positionen der Versichertenvertreter einbrächten und die SV zu ihrer Ressource machten. Gerade weil diese informelle Strategie im Prinzip und auch praktisch als

Übertölpelung erkennbar und erkannt ist, aber trotzdem Innovationen e-xistieren, sieht der Implementationsprozeß zumindestens in vielen Fällen anders als bei Göckenjan u.a. aus.

7 Stellung der Selbstverwaltung im Bewußtsein der Sozialversicherten und im Spiegel der Sozialwahlen

Zu Recht ist die Existenz und die Qualität vitaler und funktionsfähiger Beziehungen zwischen der GKV und deren Akteure und der Basis von Betroffenen bzw. Sozialversicherten [192] in jüngster Vergangenheit vor allem auch eine zentrale leistungssteuernde und -adäquanzerhöhende Grundlage der sozialpolitischen Diskussion und Aktivitäten geworden.[193]

Neben dem unter dem Stichwort "bedarfsgerechte Sozialpolitik" existenten sachpolitischen Interesse an der Art und Weise der Beziehungen von GKV/SV und Versicherten steht nachwievor die Frage nach dem Zustand der demokratischen Eigenlegitimation der SV.

Für eine Annäherung an die Wirklichkeit eignen sich die hier umfangreicher und aktuell vorliegenden Informationen über den Bekanntheitsgrad der SV und der Sozialwahlen und deren Ergebnisse ganz gut.

Zuvor sollten aber noch zwei allgemeine gesellschaftliche Bewertungen der Bedeutung der Themen "Gesundheit" und "Mitwirkungsrechte in der Sozialversicherung" beachtet werden:

Bis in die Gegenwart durch zahlreiche Meinungsumfragen und andere Untersuchungen bestätigt, gilt die Einschätzung Nascholds aus dem Jahre 1967:

> *"Gesundheit und Bildung wurden zu höchst bewerteten Faktoren und auf dem Hintergrund der ökonomischen, demokratischen und sozialen Entwicklung zu den wichtigsten Problemen des öffentlichen Lebens."*[194]

Dieser überragenden, aber schichtspezifisch variierenden[195] Bewertung der "Gesundheit", korrespondiert wieder auf sehr abstraktem Niveau die Bewertung der Bedeutung von Mitwirkungsrechten in der Sozialversicherung. Fragt man explizit nach ihr, zeigte sich 1974 überraschenderweise, daß sie

□-

"für wichtiger gehalten werden als die Mitwirkungsrechte im Betrieb. 64 Prozent der Befragten insgesamt geben an, daß die Mitwirkungsrechte in der Sozialversicherung besonders wichtig seien, 26 Prozent geben an, daß sie weniger wichtig seien. Vom Betrieb sagen 60 Prozent, daß Mitwirkungsrechte doch besonders wichtig seien, und 32 Prozent, daß sie weniger wichtig seien."[196]

In zwei, 1974 und 1986, also im relativ sensibilisierten zeitlichen Umfeld der jeweiligen Sozialwahlen durchgeführten Analysen wurde die Bekanntheit der SV in der GKV untersucht.

1974 hatten, wie aus der nächsten Übersicht hervorgeht, lediglich 30% der Sozialversicherten etwas von der SV in der Sozialversicherung gehört.

	Zahl der Befragten	Von der Selbstverwaltung haben ...		
	Abs.	Gehört in %	Nicht gehört in %	Weiß nicht /k. Ang. In %
Befragte insgesamt	1.827	27	72	2
Versicherte insgesamt	1.339	30	69	1
Versicherte bei...				
Arbeiterrentenversicherung	606	26	73	1
Angestelltenrentenvers.	395	40	59	1
Ortskrankenkassen	556	25	74	1
Betriebskrankenkassen	193	39	60	0
Ersatzkassen	288	40	59	0
Unfallversicherung	879	33	67	1
Selbständige, freie Berufe	192	30	69	1
Angestellte	311	40	60	0
Beamte	57	47	53	0
Facharbeiter	312	27	73	0
An-, und ungelernte Arbeiter	197	19	81	0
Rentner	222	27	71	2
Frage: Haben Sie schon einmal etwas von der Selbstverwaltung der Versicherten in den Einrichtungen der sozialen Sicherung gehört?				
Quelle: Infas-Repräsentativerhebungen, Bundesgebiet, Februar/März 1975 In: Bogs, H. u.a.: Soziale Selbstverwaltung, Bd. 1, Bonn o.J., S. 230				

Tabelle 11: Bekanntheit der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung nach Berufs- und Versichertengruppen 1974

Die Kenntnis schwankt je nach Kassen- (Angestelltenkrankenversicherung = 40% und Ortskrankenkassen = 25%) oder Berufsgruppenzugehörigkeit (Beamte = 47% und Arbeiter =19% Kenntnis über SV).

1986 hatten in einer erneuten Befragung 41% der Angestellten, 34% der gewerblichen Arbeitnehmer aber lediglich 27% der Nichtberufstätigen Kenntnis von der SV.

In der etwas anderen Fragestellung nach der Bekanntheit und der Kenntnis über Sozialversicherungswahlen sah es in einer frühen Studie aus dem Jahr 1958 noch recht gut aus: Von den darin ausschließlich befragten Angestellten (auch heute die insgesamt kenntnisreichere soziale Gruppe) hatten 65,5 % allgemein Kenntnis von den SV-Wahlen. Von diesen Kennern waren fast 80% auch noch über einzelne Listen informiert.

In der bereits zitierten Untersuchung im Jahre 1974 sah es bei den Angestellten mit 72% (gehobene Angestellte, Beamte) und 66% (übrige Angestellte und Beamte) vergleichsweise weiterhin gut aus. Die Ergebnisse für die dabei ebenfalls befragten anderen sozialen Gruppen stimmen aber wesentlich pessimistischer.

	Zahl der Befragten	Daß Sozialwahlen stattfefunden haben, ist ...		
	Abs.	Bekannt %	Nicht bekannt in %	Weiß nicht /k. Ang. In %
Befragte insgesamt	1.827	40	57	3
Volksschule ohne Lehre	503	22	75	3
Volksschule mit Lehre	814	42	55	3
Real-, Fachschule	376	56	41	3
Abitur, Studium	125	54	42	4
Berufstätige	961	49	48	3
Selbständige, freie Berufe	178	41	56	3
Selbständige mit Arbeitgeberförderung	59	49	49	2
Gehobene Angest., Beamte	62	72	26	2
Übrige Angestellte, Beamte	270	66	32	2
Facharbeiter	260	43	53	4
An-, ungelernte Arbeiter	184	34	62	4
Hausfrauen	438	26	70	4
Rentner	327	31	67	2
Gewerkschaftsmitglieder	382	56	42	2
Aktive Mitglieder	193	59	38	3
Nichtmitglieder	1.445	36	61	3
Ehemalige Mitglieder	120	49	49	2

Potentielle Mitglieder	88	49	48	3
SPD-Anhänger	724	42	55	3
CDU/CSU-Anhänger	792	38	59	3
FDP-Anhänger	97	58	40	2
Anhänger anderer Parteien	20	35	55	10
Präferenz unbekannt	194	31	63	6
Versicherte insgesamt	1.339	46	51	3
Versichert bei:				
Arbeiterrentenversicherung	606	40	57	3
Angestelltenrentenvers.	395	65	32	3
Ortskrankenkassen	556	39	57	4
Betriebskrankenkassen	193	48	49	3
Ersatzkassen	288	69	28	3
Unfallversicherung	879	47	50	3
Frage: Im Jahre 1974 fanden Wahlen für die Vertreterversammlung der Sozialversicherungsträger statt. War Ihnen das bekannt?				
Quelle: Infas-Repräsentativerhebungen, Bundesgebiet, Febr./März 1975. In: Bogs, H. u.a.: Soziale Selbstverwaltung, S. 244.				

Tabelle 12: Bekanntheit der Sozialwahlen 1974

Wie die vorstehende Übersicht zeigt, waren unter allen Beteiligten lediglich 40% die Tatsache der Sozialwahlen 1974 bekannt, und an- und ungelernte Arbeiter waren mit 34% Kenntnisstand deutlich unterinformiert.

Die jüngste Erkundung detaillierter Kenntnisse über das Ziel und die Akteure der Sozialwahlen sowie die Aufgaben der Gewählten deckt aber fast allgegenwärtige Unkenntnis und darüber hinaus Desinteresse bei den Befragten auf.

	Gesamt	Gewerkschaftsmitglieder	Andere Arbeitnehmer
	Prozent der Antwortenden		
unbekannt/keine Ahnung	62	53	71
Betriebsrat/Personalrat	17	18	12
Parteien/Regierung	1	-	3
Zwischensumme	80	71	85
Sozialverwaltung	5	4	6
Wahl in der Bürokratie	1	-	1
Gremien in den Versicherungen	16	25	8
	100	100	100

Tabelle 13: Was wird in Sozialwahlen gewählt?

	Gesamt	Gewerkschaftsmitglieder	Andere Arbeitnehmer
	Prozent der Antwortenden		
unbekannt	70	58	85
Kontrolle/Aufsichtsrat	17	18	15
Mitberatung über Beiträge	8	17	-
Interessen der Solidargemeinschaft	3	6	-
Spesenritter	1	1	-

Tabelle 14: Bekanntheit der Funktionen von Selbstverwaltungsorganen nach Erläuterung der Sozialwahlen

	Gesamt	Gewerkschaftsmitglieder	Andere Arbeitnehmer
	Prozent der Antwortenden		
keine Ahnung	53	42	64
jeder (vers.) Arbeitnehmer	23	21	26
Gewerkschaftsmitglieder	11	15	6
Vertreter von Kirchen, Arbeitgebern usw.	13	22	4

Tabelle 15: Wer ist Kandidat in Sozialwahlen?

Wie die letzte Übersicht drastisch zeigt, wußten 1986 lediglich 16% was in den Sozialwahlen gewählt wird, selbst nach einer Erläuterung über die Sozialwahlen waren die Funktionen der SV noch 70%, unter Nicht-Gewerkschaftsmitgliedern sogar 85% der Befragten unbekannt. Angesichts dieser Wissens- und Informationsdefizite verwundert es nicht, daß deutlich weniger als 20% der Befragten nur halbwegs zutreffend wissen, wer zu den Sozialwahlen kandidieren kann.

Eine interessante Erklärung der sich abzeichnenden Widersprüche versucht INFAS:

> *" Die Einstellungen der Versicherten zur Selbstverwaltung sind also ambivalent: Einerseits möchte man bei diesem wichtigen Problem, wenn in genereller Form gefragt wird, mehr mitwirken....auf der anderen Seite dominiert stark die Auffassung, die komplexen Probleme der sozialen Sicherung sollten - als Gegenleistung zum Beitrag - von den dafür zuständigen Experten gelöst werden."*[197]

Ein weiterer Ausdruck und zugleich eine mögliche Ursache dieser Distanz und der latenten, legitimationsgefährdenden und leistungsstrukturdeformierenden Blockade des sachlich gebotenen Bedürfnisartikulations-

□-

und -transferprozesses von den Betroffenen in die Versicherungspraxis ist die Art und Weise der Sozialwahlen in der Sozialversicherung selber.

Vor einer genaueren Betrachtung der Wahlergebnisse der Sozialwahlen, die immerhin die älteste Wahlform in Deutschland sind, muß auf die Besonderheit der Wahl ohne oder mit Wahlhandlung für die SV hingewiesen werden. Gemäß § 46 Abs. 3 SGB IV ist es in Anknüpfung an eine lange Tradition nämlich möglich sog. "Wahlen ohne Wahlhandlung, Wahlen ohne Wähler"[198] bzw. sogenannte Friedenswahlen ohne Beteiligung der wahlberechtigten Mitglieder[199] durchzuführen, wenn es nur eine ausreichende Kandidatenliste für die Wahl gibt. Dies wird dann zum Problem, wenn es mehrere Gruppen gibt, die kandidieren. Einigen diese sich nicht auf eine gemeinsame Liste und damit auf Friedenswahlen, müssen die Wahlberechtigten in sogenannten Urwahlen oder auch Direktwahlen über die Verteilung der Sitze entscheiden.

Auf eine genaue Einschätzung kommen wir nach der Darstellung der Ergebnisse für die Zeit seit den ersten Sozialwahlen in der BRD bis 1986 zu sprechen.[200]

In diesem Zeitraum überwogen in der gesamten Sozialversicherung bei weitem die sogenannten Friedenswahlen, auch wenn, wie die folgende graphische Darstellung zeigt, die Urwahlen sogar langsam zunehmen.

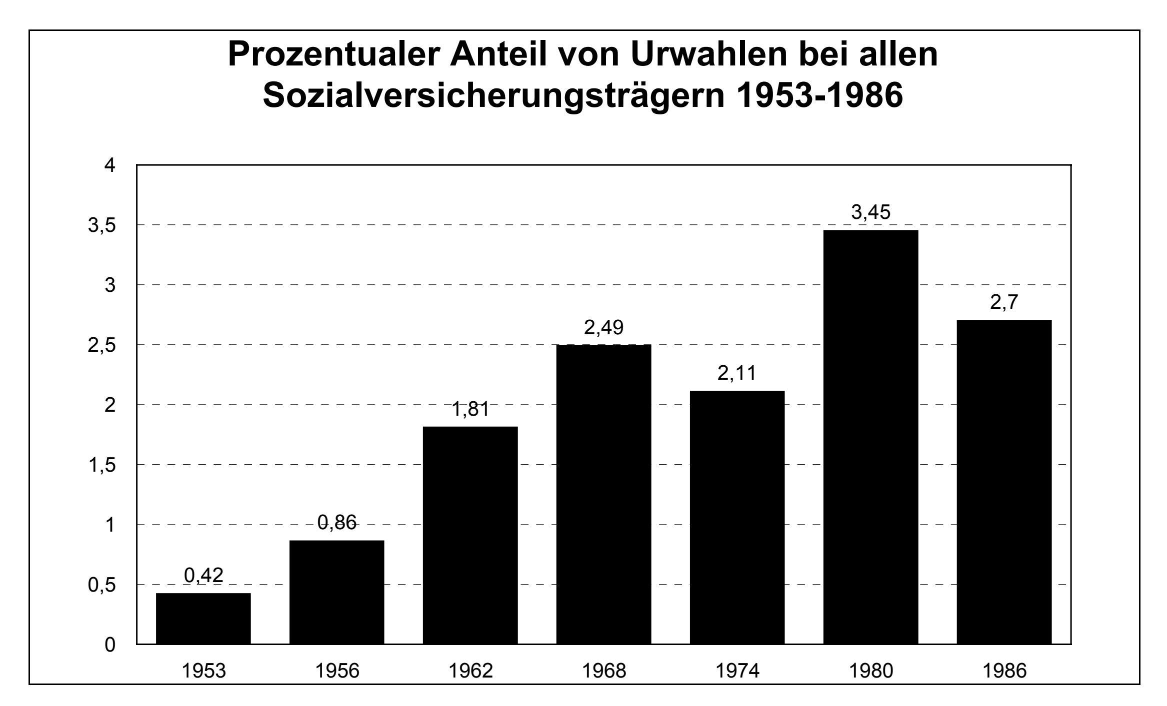


Abbildung 15: Anteil von Urwahlen bei allen Sozialversicherungsträgern 1953 bis 1986

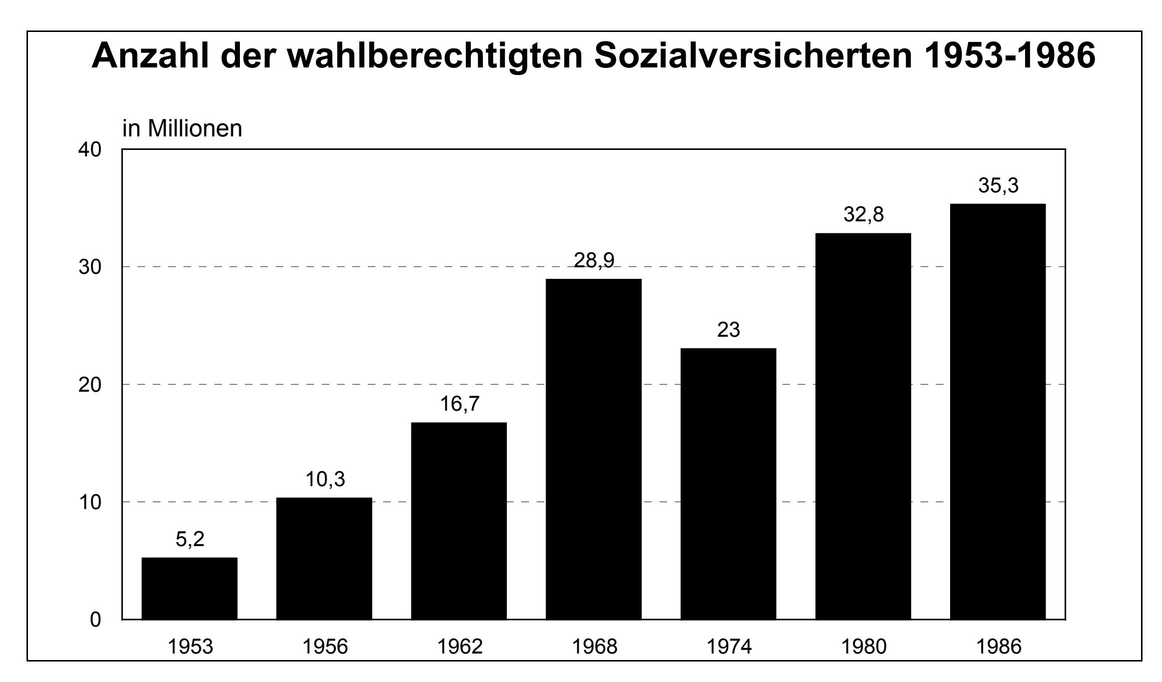


Abbildung 16: Anzahl der wahlberechtigten Sozialversicherten 1953 bis 1986

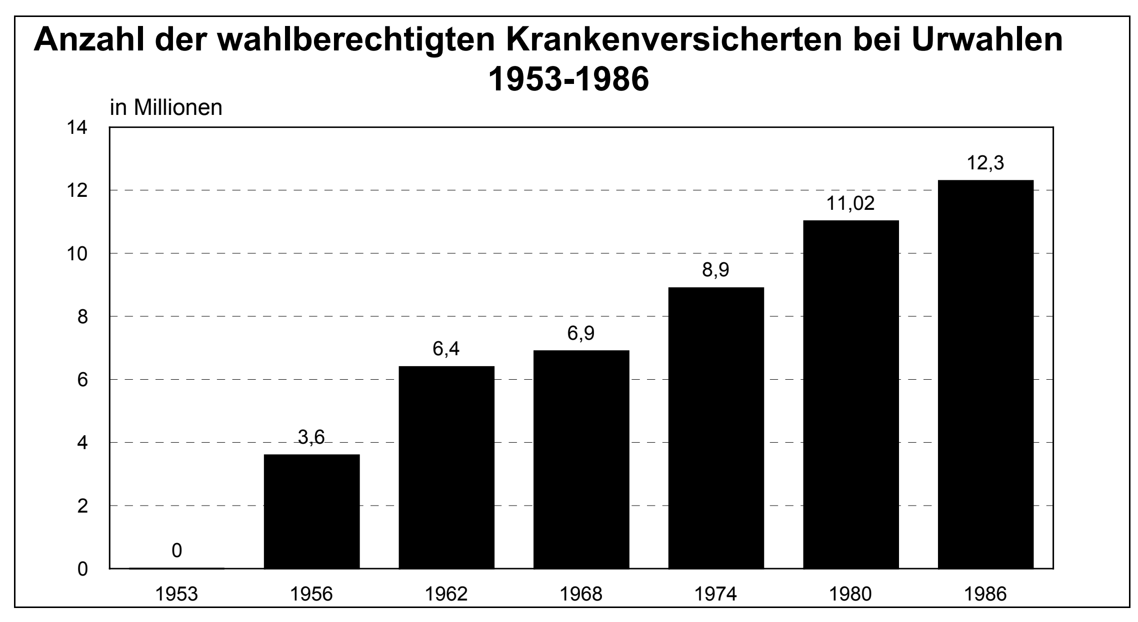


Abbildung 17: Anzahl der wahlberechtigten Krankenversicherten bei Urwahlen 1953 bis 1986

Die Übersichten zeigen, daß der absolute Großteil der Träger in denen Urwahlen stattfanden Krankenversicherungsträger und unter ihnen absolut die Betriebskrankenkassen sind. Die Ersatzkassen mit 8 Urwahl-trägern sind deshalb interessant, weil wiederum das Gros der in Urwahlen Wahlberechtigten als Angestellte dort versichert sind.

□-

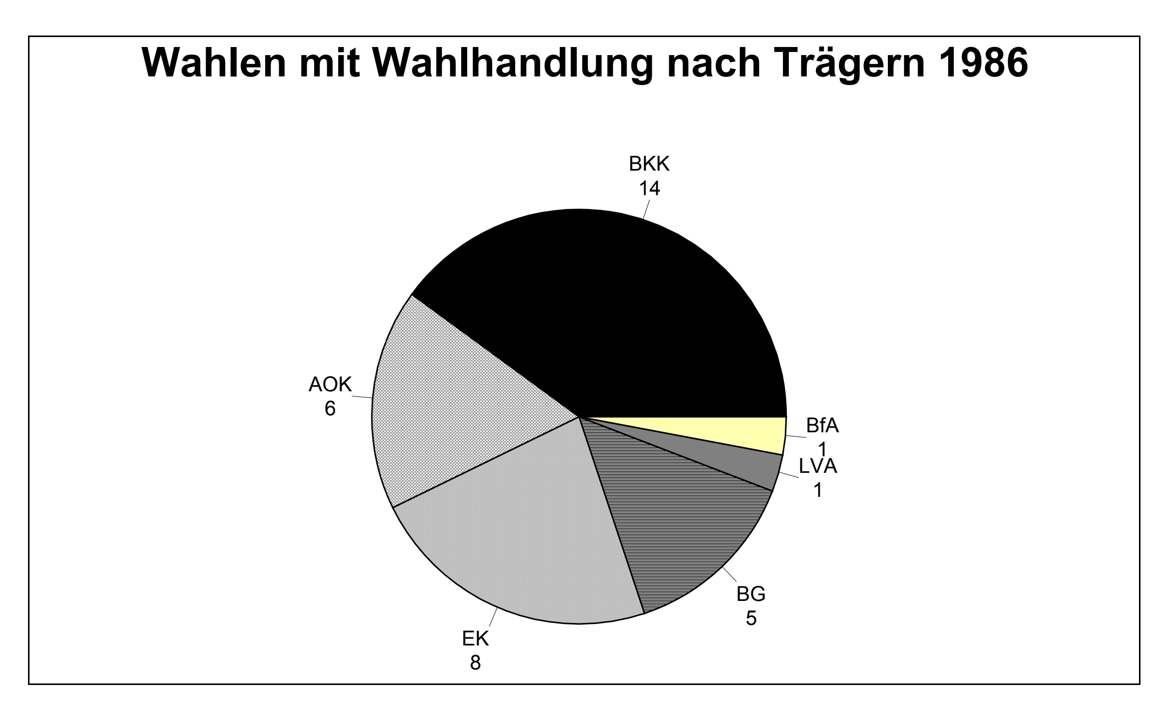


Abbildung 18: Wahlen mit Wahlhandlung nach Sozialversicherungsträgern 1986

In der folgenden Tabelle wird dieser Sachverhalt durch die Betrachtung der nach Kassenarten differenzierten Wahlberechtigten in Urwahlen und den jeweiligen Wahlbeteiligungen verdeutlicht:

Kassenart	Wahlberechtigte der Träger mit Urwahl in Mio.	Wahlbeteiligung	
		Abs. gültig	%
Ersatzkassen	11.741.637	5.265.344	45,07
AOK	328.302	142.819	44,56
BKK	265.658	143.528	60,55
GKV insgesamt	12.335.597	5.551.691	45,39

Tabelle 16: Wahlberechtigte und Wahlteilnehmer in der GKV

Angesichts der auch von uns zitierten und plausibel gemachten Notwendigkeit einer Betroffenenorientierung der GKV und darin der SV und der Bedeutung der soziologischen Nähe der SV und GKV zu den sozialen und gesundheitlichen Problemlagen und den davon Betroffenen, macht die geringe Anzahl der Urwahlen nachdenklich. Dies gilt auch auf dem Hintergrund der oben zitierten sehr hohen Bewertung der Relevanz von Mitwirkungsrechten in der Sozialversicherung durch die Versicherten selber.

Auch wenn Wahlen und gerade auch die relativ komplizierten Sozialwahlen[201] gewiss nicht die alles entscheidenden Gelegenheiten zur Erhöhung der Wirksamkeit der intermediären Funktion der SV in der GKV und Sozi-

alpolitik sind, ist die Nicht-Urwahl mit Sicherheit negativ und eine Ursache für die beobachteten Nichtkenntnisse über die Institution SV überhaupt.

Wenn weder die Wahlen als Institution, d.h. als formale Möglichkeit der Verknüpfung von SV und Mitgliedern bekannt, noch die empirischen Wahlen bekannt sind, darf es nicht wundern, daß die SV von den Mitgliedern nicht als Institution zum Transfer und der Artikulation ihrer Bedürfnisse und Bedarfe anerkannt und genutzt wird.

Ein geläufiges Argument, die Mitglieder seien letztlich völlig an den Wahlen desinteressiert, die Durchführung einer Wahl mithin eine Verschleuderung von Mitgliedsbeiträgen, stimmt aber schon sachlich nicht[202]. Außerdem läßt es die generelle Überlegung zur inhaltlichen Relevanz der Partizipation außer acht. Zugleich ignoriert sie die notwendige Anlaufphase einer u.a. auch durch Wahlen stimulierbaren und stimulierten Partizipationsdynamik.

Die Wahlbeteiligung als ein Ausdruck des Partizipationswillens ist in der vorigen Übersicht ausgewiesen. Sie ist der vorläufige Endpunkt einer Entwicklung des Partizipationsgrades, der schon von 1953 bis 1980 "kontinuierlich angestiegen ist."[203]

Auffällig ist an der Wahlbeteiligung bei stattfindenden Urwahlen die exponierte und auch heute noch an die Beteiligung bei manchen allgemeinpolitischen Kommunalwahlen heranreichende Wahlbeteiligung von über 60% bei den BKKen. Aber auch die trotz Briefwahl immer noch recht komplizierte Ausgangslage (z.B. durch zahlreiche Einzellisten) bei den Ersatzkassen führt dennoch noch zu einem Beteiligungsgrad, der geeignet ist, die Durchführung von Urwahlen ex post positiv zu begründen.

Die Untersuchung des Sozialwahlkomplexes hat zwei Sachverhalte zu unterscheiden: Erstens die Ursachen der geringen Anzahl von Urwahlen überhaupt und zweitens die Ursachen der gemessen an anderen politischen Wahlen z.B. auf Bundesebene niedrigeren Wahlbeteiligung bei durchgeführten Urwahlen.

Die meisten Untersuchungen zu den Sozialwahlen stammen aus der ökonomischen Schule Herder-Dorneichs und legen daher der Analyse der Wahlbeteiligung eine ökonomische Theorie des kollektiven Handelns von Gruppenmitgliedern zugrunde. Wahlen und Wahlbeteiligung unterliegen Gesetzen zweckrationalen Handelns, das an Nutzenvorstellungen orientiert ist. Entscheidungen zu wählen oder nicht, sind quasi ökonomische

□-

Entscheidungen über das Verhältnis von Kostenaufwand und Nutzen der Wahlhandlung.

Neben einer Reihe von Detailkalkülen über die Kosten der Stimmabgabe führt Großhaus in seinem Versuch einer ökonomischen Theorie der Sozialwahlen zum Nutzen als Ausgangspunkt vor allem die "Theorie der Nichtausschließbarkeit"[204] an.

Diese bedeutet u.a. folgendes:

> *"Bei kollektiven Gütern (als solche schätzt er auch Gesundheit ein - d. Verf.) ist es nämlich wegen der meist administrativen Regelung mehr aus technischen denn aus ökonomischen Gründen unmöglich, einzelne Gruppenmitglieder vom Konsum des Gutes auszuschließen. Der einzelne wird deshalb bestrebt sein, seinen Finanzierungsbeitrag so gering wir nur möglich zu halten und trotzdem den größten Nutzen aus dem Gut zu ziehen. Damit besteht die Möglichkeit, die Trittbrettfahrerhaltung einzunehmen. Wenn alle Gruppenmitglieder dies tun, wird das Kollektivgut nicht oder nur unzureichend erstellt werden."*[205]

Als Möglichkeiten, diesen letzten Effekt zu vermeiden, führt er 6 Strategien an:

- kleine Gruppen,
- föderale Strukturen, Großgruppe aus Kleingruppe aufgebaut,
- ungleiche Verteilung, feudale Strukturen,
- solidarische Haltung,
- selektive Anreize, selektive Belastungen,
- Zwang.[206]

Aus einer ganz anderen Sicht argumentiert ein Insider der GKV. Bei ihm hält gerade das Vertrauen in das Funktionieren der GKV den Versicherten von der Wahl ab:

> *"Dieses Vertrauen führt dazu, daß der durchschnittliche Versicherte glaubt, irgendeine Aktivität nicht entfalten zu müssen, besonders dann nicht, wenn es um Einzelheiten dieser Einrichtungen geht."*[207]

Abgesehen von der generellen Brüchigkeit der Theorie vom zweckrational handelnden "homo oeconomicus" und der Negation des Wirkens rationaler wie irrationaler politisch-ideologischer Faktoren im Entscheidungsprozeß, erscheint uns statt der ökonomischen "Theorie der Nichtausschließbarkeit" bei der heutigen Problemlage eine soziologische "Theorie der Nichteingeschlossenheit konkreten Bedarfs" als Theorie mittlerer Reichweite viel fruchtbarer zu sein. Ergänzt werden könnte sie um eine Strategie, die Möglichkeit differenzierter Bedarfsdeckung nach dem Bedarfsprinzip darzustellen.

Wie wir gesehen haben, ist es ja gerade nicht so sehr das gesundheitspolitische Problem jemand von Leistungen oder vom Konsum von Gütern auszuschließen als vielmehr die "Bedürftigen" gar nicht in den Genuß des auf ihre Bedarfslage spezifizierten Güter kommen zu lassen., ja diese gar nicht wahrzunehmen bzw. wahrnehmen zu können.

Eine Theorie, die nicht von Nutzen-, sondern von Bedarfskalkülen ausgeht, ist imstande zu erklären, warum in den großen Ersatzkassen, die z.B. weder besondere Zwangsmechanismen noch unbedingt solidarischere Mitglieder haben, die Wahlbeteiligung doch relativ hoch ist. Hier spielt z.B. die Höherschätzung der Gesundheit durch Angestellte eine große Rolle.

Die Nutzentheorie der Nichtausschließbarkeit legt nur die u.U. nichtintendierte politische Schlußfolgerung nahe, die Partizipation in Gestalt der Sozialwahlen wegen der deduzierbaren praktischen Erfolglosigkeit nicht weiterzuverfolgen. Eine mögliche Bedarfstheorie, die von einem manifester werdenden Bewußtsein der Nichtberücksichtigung spezifischer Problemlagen ausgeht, liefert eine bessere Erklärung aktueller Phänomene und gibt zugleich eine materiale Basis dafür ab, die Sozialwahlen zukünftig überhaupt erst einmal zu forcieren.

Bezogen auf die derzeitige Wahlbeteiligung und auf die Überlegungen die Sozialwahlen zu beleben, halten wir die weiteren angeführten "Ursachen für die geringe Attraktivität"[208] wie z.B. die paritätische Besetzung und das "geringe Entscheidungsvolumen" der Organe nicht für stichhaltig.

Die Bemerkung Herder-Dorneichs, "Kassen, die während der Wahlperiode keinen direkten Kontakt mit ihren Mitgliedern unterhalten, können ihn nicht plötzlich zum Wahltermin schaffen"[209], beschreibt Richtiges, taugt aber gerade deswegen nicht für eine Argumentation gegen Sozialwahlen.

□-

Die Ursachen der insgesamt verschwindend geringen Anzahl von Urwahlen werden weit weniger offen debattiert.

Ganz im Vordergrund stehen bei der Begründung der dazu erforderlichen Einlisten-Konstallation, d.h. meistens auf Versichertenseite einer DGB- oder von den Gewerkschaften angeführten Liste die Kosten einer Wahldurchführung[210] und deren Fragwürdigkeit als "Wahl" ohne Alternative. Es gibt zumindest keine Wahl zwischen zwei oder mehreren inhaltlich differierenden Listen und/oder Programmen.

Vielleicht sind es aber u.a. vordergründig pragmatische Befürchtungen der "etablierten" gewerkschaftlichen Kräfte in der SV um ihre Mehrheit, die sie evtl. in Urwahlen zu verlieren fürchten. Zwar sollten die Versicherteninteressen in der INFAS-Befragung der Versicherten im Jahre 1974 im Urteil von 30% der Befragten von Gewerkschaftsvertretern wahrgenommen werden, aber darüber hinaus zu 28% von anderen Berufsinteressensverbänden und 21% von Einzelkandidaten. 31% der Befragten waren sich noch über nichts schlüssig.[211]

Das Nichtdurchführen einer Urwahl aber als Friedenswahl zu bezeichnen ist sprachlich wie sachlich ein Unding.

In der Begründung ihrer Funktion taucht aber eine Überlegung auf, die sehr viel über die Ursachen der verbreiteten Friedenswahlen aussagt:

> *"Solange die Wahl in den Satzungen vorgesehen ist, werden die Gruppen zu Verhandlungen zusammengeführt. Auf die erfolgreichen Verhandlungen steht für alle Verbände die Prämie, daß dadurch die Wahl umgangen werden kann und die Funktionäre der wirklichen Bewährungsprobe aus dem Wege gehen können."*[212]

Trotz dieser sehr praktischen Erwägungen zeichnet sich ab, daß die Weiterentwicklung oder gar eine grundsätzlich breitere Entfaltung der Sozialwahlen als partizipatives Element für und in der SV weniger von Analogieschlüssen zu politischen Wahlen, sondern mehr von einer politischen Funktionstheorie der GKV und ihrer SV abhängig ist. In ihr können Wahlen zusammen mit anderen Elementen eine integrative Funktion im Sinne der o.g. Theorie der Nichteingeschlossenheit bestimmter Bedarfe haben.

8 Ergebnisse und Probleme strukturtheoretischer Analysen der GKV und SV am Beispiel einer Untersuchung

Eine der wenigen Ausnahmen von der zu Beginn dieser Arbeit dargestellten und kritisierten Ignoranz der GKV und ihrer SV durch weite Teile der Sozialwissenschaften ist die Untersuchung des WZB über Präventionskonzepte und -aktivitäten in den Betriebskrankenkassen.[213]

Dies hat nicht nur in der langjährigen Beschäftigung des WZB mit Gesundheitspolitik und seinem Versuch zu tun, diese als eine "leistungssteuernde Strukturpolitik" zu entfalten, sondern in gleicher Weise mit einer besonderen praktischen Ausgangslage für empirische Analysen. Diese bestand darin,

> *"daß nie zuvor in der Geschichte der GKV sich eine Kassenart einer derart flächendeckenden und tiefgreifenden Erforschung eines ihrer wichtigen Politikfelder geöffnet hat."*[214]

Die dabei entstandene Arbeit ist aber nicht nur empirisch ein Fortschritt, sondern zugleich ein entschiedener Versuch sich auf dem Boden spezifisch verarbeiteter struktur- und systemtheoretischer Überlegungen Grundproblemen der GKV und ihrer SV zu nähern. Deswegen beschäftigen wir uns auch exemplarisch mit ihr. Dabei werden nicht nur die inneren Begrenzungen eines solchen theoretischen Entwurfs am Gegenstand herausgearbeitet, sondern ebenso die Notwendigkeit einer darüber hinausgehenden handlungstheoretischen Analyse verdeutlicht.

Die Arbeiten des WZB haben ihren Ausgangspunkt in einer Untersuchung der Grenzen, Restriktionen und Defizite bisheriger Sozialpolitik. Ihre "zentrale Hypothese" lautet,

> *"daß die bestehenden schichten- und lebenslagespezifischen Gesundheitsprobleme nur durch eine tiefgreifende Weiterentwicklung und Umgestaltung dieses Politiktypus mit einer aktiven selektiven Gestaltungspolitik im Sinne einer leistungssteuernden Strukturpolitik effektiv angegangen werden können."*[215]

Positiv wird diese neue Politik, zugunsten deren die Autoren auch eine "langsame Wende"[216] erkennen wollen, dann folgendermaßen dargestellt:

> *" Eine solche Politik geht von der zunächst banalen Tatsache aus, daß aus der lediglich versicherungsrechtlichen Gleichbehandlung ungleicher Gesundheitsprobleme nicht die sozialpolitisch geforderte Gleichheit von Gesundheitschancen resultieren kann. Daraus folgt, daß Instrumente und Institutionen der Gesundheitspolitik nicht länger von den je nach Schichtzugehörigkeit und Lebenslage unterschiedlichen Gesundheitsproblemen*

□-

abstrahieren dürfen, sondern daß für die verschiedenen Problemgruppen selektive, die Verhaltensbedingungen berücksichtigende Strategien entworfen und angeboten werden müssen. Ein wesentliches Element solcher Strategien besteht darin, daß Gesundheitsleistungen nicht nur passiv angeboten, sondern aktiv an die jeweilige Problemgruppe herangetragen werden. ‚Aktiv' bedeutet dabei nicht nur, die Überwindung der jeweiligen...Zugangsbarrieren zu erkennen, sondern schließt Aktivierung der Zielgruppen bei der Lösung ihrer sich gesundheitlich äußernden Probleme ein. Eine Voraussetzung...ist die Erweiterung des Handlungsspielraums der dezentralen Träger der Gesundheitspolitik....Insoweit sind Änderungen der Struktur der GKV in Richtung auf mehr Kontextnähe und engere Verknüpfung mit ihrem Klientel (Selbstverwaltung, Versichertenälteste) erforderlich."[217]

Die WZB-Autoren teilen daher nicht die Meinung vieler Kritiker der GKV, deren Problem läge in der Aufgabenlosigkeit und insofern wäre ihre Lethargie oder Stagnation gesundheitspolitisch letztlich bedeutungslos. Sie vertreten eher das Gegenteil:

" Gegenüber der häufig vertretenen Auffassung, daß die GKV und insbesondere ihre Selbstverwaltung keinen politikrelevanten Entscheidungsspielraum mehr haben, ist demnach festzustellen, daß gerade auf den volksgesundheitlich relevanten Feldern einer leistungssteuernden Strukturpolitik wesentliche Ansatzpunkte bestehen...Zutreffender als die These von den mangelnden Handlungsmöglichkeiten der GKV dürfte deshalb die eines erheblichen Vollzugsdefizits sein."[218]

Für eine zukünftige Realisierung der leistungssteuernden Strukturpolitik im Gesundheitswesen sehen ihre konzeptionellen Vordenker aber wenig ideale, flächendeckenden Voraussetzungen: So gab es u.a. wenig innovative Impulse auf die staatliche Gesundheitspolitik, die Ressourcen werden weiterhin dominant für Kurationszwecke eingesetzt, das passive Verwaltungshandeln überwiegt bis auf einzelne Krankenkassen noch bei weitem eine zielgruppenspezifische und aktive Gesundheitspolitik, die Beeinflußung relevanter externer Politikbereiche wie z.B. der Arbeitswelt ist kaum festzustellen.[219]

Im eigenen Versuch, die Bedingungen für diese defizitären Zustände zu benennen, weisen die Autoren der "Selbstreorganisation der GKV" für "alle genannten Aspekte" die Funktion einer entscheidenden "notwendigen

Voraussetzung"[220] zu. Die Hauptrolle in dieser Selbstreorganisation spielt dann schließlich die Selbstverwaltung:

> *"Insbesondere ist hierbei die Entfaltung der sowohl Legitimation als auch Kontextnähe und damit Mobilisierung stiftenden Potentiale der Selbstverwaltung zu nennen."*[221]

Damit befindet sich die SV unverhofft in einer instabilen und widerspruchsvollen Doppelrolle: Einerseits ist sie in einer angemessenen "Qualität" und "Güte" die entscheidende Voraussetzung zur Selbstreorganisation der GKV. Andererseits stellt sie aber selbst in dieser ihrer gegenwärtigen Gestalt, Arbeitsweise und "Güte" einen Mangelposten in der GKV dar, müsste oder ist selber ein Gegenstand der Selbstreorganisation.

Noch anders ausgedrückt: Bezogen auf die eben beschriebenen Fähigkeiten und Konturen der SV, herrscht bei ihr und bezogen auf die ihr zugewiesenen bedeutenden Funktion ein Vollzugsdefizit.

In einem eher programmatisch orientierten Beitrag des WZB stößt man bei der Suche nach Überlegungen, wie das Vollzugsdefizit insbesondere für die SV überwunden werden kann nur auf weitere Verfeinerungen, Differenzierungen und Erweiterungen des Konzepts über den Inhalt von Veränderungen, nicht aber auf materiale Analysen der Ansatzpunkte und der Art und Weise, kurz des "wie" des Veränderungsprozesses.

Insofern ist die Analyse vom Typus jener verbreiteten Studien oder Programme, die mehr oder minder richtige Defizitanalysen der SV umstandslos derart praktisch ergänzen und abschließen, daß sie, ohne den analytischen Rahmen zu verlassen, die eben radikal kritisierte Institution zum Dreh- und Angelpunkt der Defizitüberwindung machen. Im Begriff der "Selbstreorganisation" schwingt selbst semantisch ein Hauch "Münchhausen" mit.

Die abschließende Bemerkung zur Überwindung der stagnierenden Debatte um lebenslagebezogene Sozialpolitik beschränkt sich für Hauss et al. daher auch auf "vier einigermaßen gesicherte und einander bedingende Reform-Merkmale im Sinne notwendiger Instrumente zur Durchsetzung einer solchen Politik."[222]

Diese Instrumente sind 1. die Reform der Selbstverwaltung, 2. die Reorganisierung der GKV-Verwaltung, 3. die Dezentralisierung und Rationalisierung sozialpolitischer Maßnahmen und 4. die Entwicklung von regionalspezifischen Gesundheitskampagnen.[223]

□-

Wichtig ist, daß die Reform der SV im Grunde genommen nicht nur das erste Instrument ist, sondern im Kern die Grundvoraussetzung für die Instrumente 2 bis 4.

Einer der Gründe für eine gewisse praktische Blindheit der bisher analysierten Bemühungen des WZB um die Voraussetzungen der leistungssteuernden Strukturpolitik, liegt sicherlich im weitgehenden Fehlen einer differenzierten Analyse der Ursachen des jetzigen Zustands der GKV und ihrer SV.

Auf der Hand liegt, daß eine Untersuchung, die sich nur auf das richtige Konstatieren des Zustands, also des "daß" und nicht zugleich des "warum" beschränkt, weder Auskunft zu der prinzipiellen Möglichkeit und den Ansatzpunkten einer Veränderungsstrategie machen kann, noch kann sie dies zur Art und Weise, dem "wie" und damit auch zu den Realisierungschancen.

Insbesondere die Analyse der Ursachen einer entgegen verschiedenen Hypothesen und Erwartungen auch bei den Betriebskrankenkassen bei weitem nicht allgegenwärtigen Präventionsorientierung in der Arbeitswelt, steht dann aber doch im Zentrum der umfangreichen empirischen Arbeit zum Thema "BKK und Prävention" des WZB.

Die daraus abgeleiteten Strategien zur Überwindung der präventionshemmenden Strukturen und Positionen der GKV und SV werden im Mittelpunkt unserer exemplarischen Betrachtung stehen.

Die empirische Basis der WZB-Untersuchung bestand in der Befragung der zum Zeitpunkt ihrer Durchführung bundesweit knapp 800 Betriebskrankenkassen. Ohne Mahnaktion antworteten 470 Kassen, was die Autoren als Basis für "relativ valide"[224] Aussagen einschätzen.

Gefragt wurden die Kassen in Gestalt ihrer Geschäftsführungen (!) [225] nach ihrer Präventionspraxis, ihrer präventionspolitischen Sichtweise sowie ihrer Kenntnis betrieblicher Gesundheitsprobleme. Damit konnten Zusammenhänge zwischen diesen Informationen und betriebs- wie kassenstrukturellen Daten ermittelt werden. Letztere wurden teilweise gleich miterhoben.[226]

Hemmende wie fördernde Bedingungen, Diskrepanzen oder Konkordanzen zwischen Programmen und Realität der Prävention als einem Hauptelement der schon vielfach apostrophierten alternativen Sozialpolitik

konnten auf einer bislang so nicht existierenden Wissensbasis genauer a-nalysiert werden.

Das Hauptergebnis läßt sich mit Rosenbrock, einem der Autoren, so zusammenfassen:

> *"85% der Kassen halten Prävention für ein vorrangiges gesundheitspolitisches Ziel, aber nur 7% haben auch tatsächlich Maßnahmen ergriffen, die sich auf die Gesundheitsrisiken in dem ihnen nächstliegenden Bereich, dem Betrieb, beziehen."*[227]

Zuletzt betrachten sich 8% der Kassen explizit als unzuständig für Fragen der Gesundheitsbelastung in der Arbeitswelt.[228]

Obwohl die BKKen im Wettbewerb zwischen den Kassenarten neuerdings programmatisch als einen ihrer komparativen Vorteil ihre Betriebsnähe und daraus besser zu entwickelnde und durchzuführende Prävention in der Arbeitswelt reklamieren, sieht also die tatsächliche Politik anders aus. Da dies in anderen Kassenarten sicher eher noch schlechter sein wird, gelten die nachfolgenden Überlegungen im Grunde genommen ebenfalls für die gesamte GKV.

Anders als in ihren ersten Ausführungen zum Thema GKV und SV konzentriert sich ein Großteil der Bemühungen von Hauss et al. in ihrer BKK-Studie auf die Erforschung der Ursachen dieser Diskrepanz von Programm und Wirklichkeit.

Vorab wird hier noch einmal auf die mögliche Rolle der GKV als "notwendiger Regieinstanz"[229] bei der Datenbereitstellung, Maßnahmenentwurf und deren Koordination mit dem betrieblichen Arbeitsschutz und dem regionalen Versorgungssystem hingewiesen.

> *"Die wichtigste gemeinsame Ursache"*[230] *für die - wenn überhaupt - "nur bruchstückhaft und in verdünnter Form" erfolgende Bearbeitung von arbeitsweltlichen Gesundheitsproblemen "innerhalb und außerhalb der Kassen haben wir mit dem Begriff der Konsensfalle zusammengefasst".*[231]

Im Kern auf die kritische Debatte zur Parität der "Sozialpartner" in der GKV-SV rekurrierend, elaborieren Hauss et al. den Wirkungsmechanismus dieses "Einigungszwangs" in der SV so umfassend, dass er noch wirkungsvoller, fugenloser und innovationshemmender erscheint als zuvor. Dabei werden eine Reihe sozialpsychologischer und konfliktsoziologischer Erklärungsansätze angeboten.

□-

Die umfassende und scheinbar unüberwindbare Wirkung dieser Falle

> *"besteht vor allem darin, daß alle am Kassengeschehen Beteiligten trotz unterschiedlicher Interessenlagen eine einheitliche Tendenz haben: Gesundheitspolitische Vorschläge und Projekte werden von vornherein so zugeschnitten und reduziert, daß sie mit der konsenshaften Routine der Kasse verträglich bleiben. Dabei gehen die vermuteten bzw. bei früheren Versuchen erfahrenen, überwiegend interessenpolitischen Empfindlichkeiten der jeweiligen Partner schon in den Umfang und die Reichweite der Vorschläge und Forderungen ein. Kompromisse werden also antizipiert, bevor überhaupt verhandelt wird. Dies hat zwar den Vorteil, daß sensible Themen...überhaupt und zunächst ohne Konflikt in die Kasse (z.B. in die Selbstverwaltung) eingebracht und dort diskutiert werden können. Es begrenzt aber zugleich die Reichweite schon der vorgeschlagenen und erst recht der beschlossenen Projekte auf solche Maßnahmen, die mit keiner der letztendlich berührten Interessenpositionen ernsthaft kollidieren. Wichtig daran ist, daß die Konsensfalle schon weit im Vorfeld möglicher Konflikte wirksam wird, also auch solche Vorschläge unterbleiben, deren Realisierung noch keinen ernsthaften Konflikt heraufbeschwören würde."*[232]

Die Konsensfalle, allein schon wirkungsvoll genug, steht aber in den Augen von Hauss et al. lediglich am Ende eines "gewissermaßen trichterförmigen"[233] Reduktions- und Filterungsverfahren für primärpräventiv gemeinte Impulse in der Kasse: Es reicht von der erst mit einiger politischer Dynamik mobilisierbaren staatlich gezogenen rechtlichen Begrenzung/Ausgangslage über die nach wie vor dominierende Rolle von Recht und Geld im Kassenhandeln bis zum politischen Innenleben der Kassen, der "Sichtweisenstrukturierung" der Mitarbeiter und dem Betriebsklima.[234]

Alles zusammen bedingt eine qualitative Ausrichtung von GKV-Handlungen in Richtung "symbolischer Politik". Dabei spielt wiederum das Vollzugsdefizit der Kassen eine gewichtige Rolle.

Trotz aller Fokussierung auf Strukturen wendet sich die WZB-Defizitanalyse aber im weiteren Verlauf auch noch wesentlichen Akteuren der GKV und ihren internen Problemen zu. Die SV steht dabei mehrfach im Mittelpunkt:

> *"a) Die Selbstverwaltung der GKV übt in ihrem derzeitigen Zustand auf potentielle Versichertenvertreter aus den Gewerkschaften oftmals keine ausreichende Anziehungskraft aus. Das*

liegt nicht nur daran, daß vor allem für jüngere Gewerkschafter...sozialpolitische Themen auf der Prioritäts- und Attraktivitätsskala noch immer hinter Betriebsratstätigkeit und Tarifpolitik rangieren und es auch in dieser Gruppe häufig an persönlicher Betroffenheit mit dem Thema Gesundheit ermangelt. Vielmehr findet dies auch im Erscheinungsbild der `paritätischen Selbstlähmung` dieser Institution eine Ursache. Sie tendiert deshalb dazu, sich politisch und qualifikationsmäßig immer wieder auf dem gleichen unbefriedigenden Niveau zu stabilisieren.

b) Bei gegebener personeller und politischer Ausstattung und Anleitung wird die Selbstverwaltung dieses Niveau nicht von selbst verlassen können...Wenn in dieser Situation von außen seitens der programmgebenden Zentralen immer nur neue Ansprüche ...formuliert werden, ohne daß die handlungshemmenden Strukturen und ihre Überwindung explizit in Problemdefinitionen und Strategieentwürfe einbezogen werden...dann tritt zum niedrigen politischen Niveau noch eine gewisse Unaufrichtigkeit hinzu, die letztlich die politische Potenz der SV noch weiter schwächen muß.

c) Unter diesen Umständen findet auch ein sich abzeichnendes neues Professionsverständnis der Geschäftsführer keine guten Entfaltungsmöglichkeiten...Gerade die bei solchen Projekten häufig bestehende Unsicherheit hinsichtlich des Erfolges macht eine stabile und zumindest begrenzt experimentierfreudige Unterstützung aus der Selbstverwaltung erforderlich."[235]

Mit diesem auf den ersten Blick differenzierten Eingehen und Einlassen auf interne Faktoren motivationaler und rollentheoretischer Art, verfällt diese Untersuchung jedenfalls nicht von Anfang einigen der relevantesten Problemverkürzungen. Sie konstatiert auch zutreffend, daß die genannten Probleme "nicht allein durch bessere Schulung der Selbstverwalter und breitere Diffusion von Programmtraktaten zu lösen"[236] sind.

Statt dessen bzw. zuvor sollten Fragen nach dem Problembewußtsein und dem Qualifikationsniveau der SV und deren Steigerbarkeit im Sinne einer alternativen Sozialpolitik, die Durchsetzungs- und Prägekraft einer dann existenten innovativen SV gegen eine nichtinnovative Geschäftsführung und schließlich nach der Betroffenenorientierung der SV gestellt werden. Sollte mit der SV "nichts gehen", wäre ergänzend die "Ausweichstrategie"[237] in Gestalt einer isoliert innovativen Geschäftsführung zu prüfen.[238]

In der umfangreichen Untersuchung finden sich aber auf all diese Fragen keine adäquaten Antworten oder Hypothesen. Dies ist insbesondere deshalb verwunderlich, weil sich - wie gesehen- sehr wohl eindeutige Beurteilungen über die SV finden lassen und der Anforderung der Steigerbarkeit des Problembewußtseins eigentlich einige empirischen Anhaltspunkte zum Ausgangsniveau zugrundeliegen sollten. Die wenigen Aussagen über die relative Qualität der SV z.B. im Verhältnis zur Geschäftsführung sind nicht Ergebnis spezifischer empirischer Analyse, sondern allenfalls Resultat der einseitigen Befragung der Geschäftsführung, eines strenggenommen methodisch problematischen Vorgehens.

Befragt man, wie wir, Selbstverwalter erscheinen ähnlich hohe Präferenzen der SV für Primärprävention. Das empirische Ergebnis des WZB ist also eher ein methodischer Artefakt, jedenfalls aber nichts Bewiesenes. Gingen wir genauso vor, geriete in unserer Untersuchung die Geschäftsführung in die Rolle des Bremsers einer SV mit "neuem politischen Professionsverständnis".

Einige Feststellungen über das "Image" der SV gerade bei jungen und engagierten Gewerkschaftern, sind u.E. ebenso falsch. Schon in der INFAS-Befragung 1974 waren es gerade diese Gruppe der "aktiven Gewerkschaftsmitglieder", die weit überdurchschnittlich mit 28% zu 12% (bei 21% für alle Gewerkschaftsmitglieder) an der Übernahme eines Ehrenamtes in der SV interessiert waren.[239] Der gelegentliche Eindruck vom Fehlen dieser Teilgruppe in der SV resultiert sicherlich aus der bis ca. 1980 überwiegenden Amtsbeharrlichkeit der "alten" Selbstverwaltungsmitglieder. Seit damals sieht dies u.E. tendenziell anders aus.

Der Grund für diese methodisch fragwürdigen Interpretationen und für das Stehenbleiben bei grundsätzlichen Fragen an die Entwicklungsfähigkeit der SV liegt aber u.E. im grundsätzlich theoretischen Verständnis des WZB. Dieses umfasst u.a. ein letztliches Desinteresse an der Analyse des derzeitigen detaillierten Zustands des Problembewußtseins, der Organzusammensetzung, kurz des Zustands des "subjektiven Faktors". Diesen Bedingungen wird im Gegensatz zu strukturellen Aspekten entweder eine deutlich untergeordnete Rolle beim Gesamtgeschehen in der GKV zugewiesen, oder ihre Analyse erscheint durch die Untersuchung des Wirkens struktureller Faktoren abgedeckt. Dies geht aber nur, wenn die gesellschaftlichen Strukturen nicht als Resultat der Auseinandersetzung von Akteuren mit verschiedenen Bedingungen verstanden bzw. untersucht werden.

Dies hat in der Tat eine weitreichende praktische Bedeutung: Wenn man nicht weiß, welche konkreten Sichtweisen und Problemschwerpunktsetzungen in welchen Teilen der SV existieren, ob es überhaupt so etwas wie Differenzierungen des "niedrigen politischen Niveaus" gibt, kann weder etwas zur Veränderbarkeit der SV gesagt noch etwas Praktisches dazu beigetragen werden - außer man setzt eben auch hier wieder vollkommen auf strukturelle und exogene Elemente.

Anstatt in die selbst angedachte Richtung analytisch und praktisch-politisch weiter zu gehen, versuchen Hauss et al. aber einen den internen Bedingungen der SV wiederum äußerlichen Ansatzpunkt bzw. Katalysator zu benennen. Sie kehren damit wieder auf das soziale Feld zurück, dessen "Unbegehbarkeit" und nahezu unentrinnbares Dethematisierungspotential sie gerade umfänglich versucht haben nachzuweisen.

Ganz im Sinne des schon genannten "Münchhausen"-Handelns lautet die dabei gefundene Strategie so:

> *"Die durch die Einführung dieses Themas ausgelöste Politisierung der Kasse und der Selbstverwaltung könnte einen wichtigen Beitrag zur Aktivierung der Institution und ihrer Akteure leisten, wie er von einer nur linearen Weiterentwicklung der gegenwärtigen Selbstverwaltungspraxis nicht erwartet werden kann."*[240]

Das "Thema" oder um im Bilde zu bleiben, der "Zopf" ist ein betriebliches Informationssystem "Arbeit und Gesundheit", d.h. die kassengetragene Sammlung, Erhebung und Aufbereitung von Informationen aus verschiedenen Quellen inklusive deren partieller Verknüpfung über den Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und Gesundheit.

Weil sie wegen der Ausblendung interner Faktoren bzw. des subjektiven Faktors die konflikt- und konsensfallenfreie Innovationskraft von Bereichen des GKV-Handlungsfeldes gegen ihre eigene Analyse wiedereinführen müssen, und erst damit aus der Sackgasse ihrer eigenen Analyse herauskommen, werden in einem entweder naiven oder hilflosen Sinne wieder Teilelemente des Handlungsfeldes als innovativ herausgenommen. Sie erscheinen dann als nicht den sonstigen umfänglich genannten Gesetzmäßigkeiten unterworfen.

Die Informationen über Arbeit und Gesundheitsfaktoren und die maßgebliche Trägerschaft eines solchen Informationssystem durch die GKV-Kassen müssen hierzu erst einen quasi neutralen Anstrich bekommen und

aus den sonstigen "Produktions"-Prozessen symbolischer Politik ausgegliedert werden.

Für die Kassen bzw. die BKKen in ihrem Kooperationsgefüge sieht dies dann so aus:

> *"Die Tatsache, daß die BKK als ‚quasi-neutrale Zone' im betrieblichen Geschehen gilt, bringt es mit sich, daß die Sammlung und Aufbereitung gesundheitsrelevanter Daten aus der Arbeitswelt hier leichter einvernehmlich ausgehandelt werden kann als an jeder anderen Stelle im Betrieb."*[241]

Für die kasseninternen Strukturen und Prozesse gilt dann in diesem inhaltlichen Kontext:

> *"Solche Projekte sind von keiner der drei wesentlichen Gruppen in der Kasse (Versichertenvertreter, Unternehmervertreter, Kassenmanagement) mit guten Argumenten abzulehnen. Die gesundheitspolitischen Bemühungen aller drei Gruppen in den Kassen können sich diesem Feld ohne Verletzung ihrer je eigenen Interessen zuwenden. Das gilt unabhängig davon, wer die aus den aufbereiteten Daten zu folgernden Maßnahmen tatsächlich im Betrieb umsetzt: Auch wo die Position der BKK es nicht erlaubt, präventive Maßnahmen im Betrieb einzuleiten, und diese Aufgabe infolgedessen den Sozialparteien zufällt, ist der Einsatz der Kassen für diesen Zweck sinnvoll und legitim!""*[242]

Es ist leicht nachzuvollziehen, daß spätestens nach dem angesprochenen "Einsatz" der Kassen für die konfliktträchtige Auseinandersetzung zwischen den Sozialparteien, das Thema Informationssystem Arbeit und Gesundheit ebenfalls konfliktgeladen wird. Es entbehrt in der Tat nicht einer gewissen Ironie, daß die Überwindung der "Konsensfalle" ausgerechnet auf einem inhaltlichen Feld erwartet wird, dessen Nichtexistenz oder weitgehende Ausblendung von anderen Autoren zum Kernargument gegen die paritätische Beteiligung der Arbeitgeber herangezogen wird. So z.B. Frank (1983) mit den Worten:

> *"Weiterhin in die Waagschale für eine paritätische Lösung geworfene Argumente, wie die der ‚Forderung der Sozialbildung' oder der ‚gesellschaftlichen Integration'...gehen zumindest für den Gesundheitsbereich an den hier aufgezeigten Schwierigkeiten vorbei, die sich daraus ergeben, daß die relevanten Kon-*

> *fliktfelder **nicht** in dem Spannungsverhältnis von Arbeitgebern und Arbeitnehmern...zu suchen sind."*[243]

Da sogar hier nicht von einer "tabula-rasa"-Situation ausgegangen werden kann, ist es nahezu sicher, daß schon die Konstitution und Begründung dieses Berichtssystem allen vom WZB so detailliert analysierten Bearbeitungs- und Dethematisierungsroutinen unterworfen ist. In der eigenen Logik müßte daher auch dieses Thema wegen der einfachen Antizipierbarkeit des Konflikts und des Scheiterns oder wegen des tatsächlichen sofortigen Konflikts bald nur noch symbolischen Charakter haben.

Warum eigentlich ausgerechnet dieses Thema dann von welcher internen Gruppe auch immer artikuliert und thematisiert werden soll und kann, woher dann die an anderer Stelle beklagte mangelnde "Konfliktfähigkeit" der SV kommen soll und kann, vermag in dem geschlossenen Gebäude der strukturellen Gesetzmäßigkeiten ebenfalls nicht hergeleitet werden.

Entweder ist daher ein Informationssystem überhaupt unmöglich oder die gesamte "Mechanik" der Themenkarrieren des WZB gehorcht letztlich doch anderen als den behaupteten Gesetzmäßigkeiten, verarbeitet Voraussetzungen anders und kalkuliert Folgen unterschiedlich, und ist **eine,** allerdings sehr interessante und sicherlich nicht sehr seltene Art und Weise des inhaltlichen Entscheidungsprozesses der SV. Mit dem Abrücken von einem universellen Anspruch der analytischen Erfassung und Beschreibung der SV-Tätigkeit und dem Einräumen, daß es ganz andere Möglichkeiten des Auftretens und der Bearbeitung von gesundheitspolitischen Themen in der SV gibt, für deren Analyse dann allerdings noch ganz andere Dimensionen (z.B. die des subjektiven Faktors) untersucht werden müssen, wäre das gerade umrissene Dilemma zu bewältigen.

Dafür gibt es ansonsten bei den eben ausführlich zitierten Protagonisten der strukturtheoretischen Analyse einige Anzeichen.

Dies zeichnet sich in Rosenbrocks Reflexion über "Einstiegsstufen für eine problembezogene Aktivierung der BKK"[244] ab, in der die starren Gesetzmäßigkeiten der bisher zitierten Analysen in spezifischer Art und Weise "aufgeweicht" werden:

> *"Die Strukturen der BKK üben zwar im Durchschnitt (!) einen sehr wirksamen Einfluß auf die Thematisierungs- und Bearbeitungsprozesse aus, doch bleiben genügend (!) Kontingenzen und Freiheitsgrade, die ein individuelles Abweichen (!) von diesem Durchschnitt erlauben, ohne sogleich (!) die blockierende*

> *Wirkung der Konfliktfalle oder die Konsensfalle auszulösen. Da (!) das Aktivitätsniveau der BKK in bezug auf arbeitsweltbezogene Prävention insgesamt noch (!) sehr niedrig ist, haben auch einzelne (!) Akteure (sowohl aus Selbstverwaltung als auch aus Geschäftsführungen) relativ hohe Chancen, mit strategisch durchdachtem Handeln einen sichtbaren Effekt zu erzielen."*[245]

Selbst wenn eine Dynamisierung oder "Weiterentwicklung der Interessenpositionen"[246] mitberücksichtigt wird, verstrickt sich Rosenbrock im Bemühen, vorhandene innovative Ansätze insbesondere im Präventionsbereich zu erklären, immer tiefer in den restriktiven Fußangeln der strukturtheoretischen Grundannahmen.

Im Mittelpunkt unserer Kritik steht die explizite These, einzelne Akteure hätten die Chance zu innovativen Vorstößen, weil das Aktivitätsniveau noch nicht so hoch sei. Da aber dessen Höhe ebenfalls durch die Konsensfallenstrukturen bestimmt wird, wird nichts anderes behauptet als daß nichtinnovative Strukturen und Politiklagen deshalb so gut durch Akteure überwunden und verändert werden können, weil (!) ihre bisherige Veränderung erfolgreich durch Strukturen verhindert wurde.

Ein Grund, warum unter anderem Rosenbrock überhaupt versucht eine strukturtheoretische Begründung für Veränderungen zu finden und dann in zirkulären Widersprüchen landet, liegt in seinem verständlichen Bemühen nicht nur und direkt wiederum beim ausschließlichen Wirken "großer Persönlichkeiten" als Grundlage möglicher praktisch-politischer Veränderungen zu enden. Daß aber im übrigen selbst diese Variante der Überwindung des strukturtheoretischen Immobilismus nicht ausgeschlagen wird, zeigen die zahlreichen Hinweise auf die "im Extremfall einzelnen Akteure"[247]

Das Zirkuläre in ihrem relativ monolithisch und stringent erscheinenden strukturtheoretischen Ansatz wird von Hauss et al. aber - und dies soll hier ausdrücklich positiv vorangestellt werden - vor allem deshalb zum Problem, weil sie im Gegensatz zu vielen anderen Strukturtheoretikern, die nur noch an Stabilitätsbedingungen aber nicht mehr an den Inhalten interessiert sind, auf eine Überwindung des gesundheitspolitischen Status quo hinarbeiten wollen. Wie dies genauer aussehen soll können sie aber in ihrem eigenen theoretischen Konstrukt nur "irgendwo und irgendwie" als machbar identifizieren.

Eine Unterfütterung dieses Wollens und Glaubens kann allerdings erst die bereits geforderte ernsthafte Analyse des inneren, mit Sicherheit widersprüchlichen und gerade dadurch Ansatzpunkte für politisches Handeln bietenden, Gesamt-Zustands der SV als Handlungen unter Bedingungen liefern. Er ist neben allen strukturellen Bedingungen der mitentscheidende subjektive Faktor des Geschehens

9 Neuere Ansätze zu einer empirischen Analyse des Zustandes und der gesundheitspolitischen Interventionskompetenz und -fähigkeit der GKV-SV

Auf dem Hintergrund der skizzierten sozial- und gesundheitspolitischen Entwicklungen, den sich daraus ergebenden funktionalen und materialen Anforderungen an eine alternativ gestaltende Sozialpolitik[248] und der meist normativen und appellativen Inanspruchnahme der SV als einem der wichtigsten Initiatoren, Förderer wenn nicht sogar Protagonisten dieser Wandlungsprozesse, trat die mangelhafte **empirische** Analyse u.a. der SV besonders deutlich als Defizit zutage.

Es entstand die paradoxe Situation eines Nebeneinanders von hohen normativen Erwartungen bzw. eines Ensembles der Notwendigkeiten und einer aus Desinteresse, allgemeinen Annahmen über Funktionsdefizite der SV und der GKV als großer sozialer Institution aus dem Kontext allgemeiner soziologischer Analyse der Bürokratie[249] und änderungspessimistischen Teilbeobachtungen des Status quo genährten Negativbeurteilung desselben Akteurs. Bewegen konnte sich hier - wenn dies überhaupt noch erwartet wurde - etwas nur noch auf idealistischer, voluntaristischer oder gar metaphysischer Ebene.

Ohne selbst schon hier etwas konkreter sagen zu können, besteht u.E. ein Hauptproblem dieses Paradoxons oder Dilemmas in der letztlich unbegriffenen Realität des gesamten sozialpolitischen und - regulativen Prozesses, d.h. in einer begrifflichen und danach auch empirischen Ausblendung oder Vernachlässigung des sozialen Akteurs oder Subjekts, dem davon unabhängig entweder die "Münchhausen"-, eine Bremser- oder letztlich doch keine Rolle zugewiesen wird.

Auch in den wenigen Arbeiten, die sich empirisch gründlich mit dem Gesamtprozeß oder auch nur mit Einzelfragen der sozialpolitischen Regulation und Gestaltung auseinandersetzen, werden die Akteure, deren Ein-

stellungen, Bewußtseinsinhalte und -formen, Handlungen und Selbstkonzeptualisierungen, d.h. vor allem deren inneren Bedingungen, Faktoren und Vorstrukturierungen fast immer ausgeblendet und im besten Fall durch spekulative Reflexionen ersetzt.

Auf die wenigen Versuche dies theoretisch durch eine Prärelevanz und/oder faktische Dominanz materieller gegenüber formellen Prozesse zu begründen, sind wir an anderer Stelle schon eingegangen und haben dort die Kurzschlüssigkeit einer dichotomen Argumentationsweise und ihrer latenten Gefahr zu bedenken gegeben, relevante Zusammenhänge strukturalistisch zu verkürzen.

Wir beabsichtigen diese defizitäre Situation nachfolgend an einigen Punkten zu verbessern. In der Darstellung und Interpretation unserer eigenen empirischen Befunde sind dabei einige der weiteren empirischen Untersuchungen von Teilphänomenen[250] mitberücksichtigt.

Die eigene empirische Annäherung an die SV und die informationelle Selbstvergewisserung über sie verläuft in zwei Anläufen was **forschungspraktische, -organisatorische** wie **erkenntnistheoretische** Gründe hat.

Der erste Grund besteht darin, daß wegen der vielen, bereits genannten Zugangsproblemen zum Forschungsfeld (noch) kein komplexes umfassendes Forschungsprogramm[251] realisiert werden konnte, das verschiedene Methoden- und Beobachtungsperspektiven berücksichtigt. Dies bedeutet u.a. anhaltende Schwierigkeiten Handlungen unter den analysierten Bedingungen und auf der Basis von ermittelten Konzepten sowie deren positiver wie negativer Wirkungen im Zeitverlauf zu messen bzw. zu beobachten.

Es muss versucht werden dies durch kontextuale Integration von Teilanalysen zu verschiedenen Zeitpunkten und aus verschiedenen Anlässen zu überwinden. Solange die Analysezeitpunkte nicht zu weit auseinanderliegen, wird von einer relativen Konstanz des Forschungssubjekts und damit der Zulässigkeit integrativer Methoden ausgegangen.

Der **erkenntnistheoretische** Grund liegt vor allem in einer grundsätzlich richtigen Kritik an der Messung von sozialen Prozessen, Strukturen, Aktionen sowie von Einstellungen durch standardisierte, skalierende Verfahren und Techniken.

Die Haupteinwände hat Berger (1974) so zusammengefasst:

"Die drei wichtigsten Verfahren (der skalierenden Fragebogenerhebung - d. Verf.) erfassen soziale Orientierungen nur hinsichtlich ihres affektiven Wertgehalts, nicht hinsichtlich ihrer kognitiven Differenzierungen. Aufgrund des erforderlichen Konsensus über die wertmäßige Einordnung der statements muß sich der Fragebogen in der Regel auf affektiv besetzte statements mit geringem kognitiven Gehalt beschränken. Einstellungen mit ambivalentem evaluativen Gehalt sind durch die auf eindeutige Lokalisierung zielenden Skalen nicht ausreichend erfaßbar. Einstellungen von multidimensionaler Struktur werden entweder linear verfälscht oder von vornherein aus einem Meßsystem ausgeschaltet, das nur auf eindimensionale Werthaltungen zugeschnitten ist....Die Intersubjektivitätsnorm ‚Präzision' und ‚Meßbarkeit' steigert nicht den Objektivitätsgehalt von Beobachtungen, sondern reduziert ihn".[252]

Zu den Problemen der Einstellungsuntersuchungen weist derselbe Autor auf weitere erhebliche Probleme hin:

"Indem die Sozialpsychologie Einstellungen als zweigliedrige Relationen zwischen Trägersubjekt und Objekt definiert, schließt sie im Ansatz aus, daß Einstellungen mit der Situation wechseln und dieselben Menschen je nach Lebensumständen verschiedene Auffassungen zu sozialen Themen haben können .Nach dieser begrifflichen Vorentscheidung gelten Einstellungen als allgemeine Haltungen ihrer Träger, und obwohl sie sich lebensgeschichtlich verändern können, hängt ihre Geltung nicht von wechselnden Handlungsbezügen sozialer Auffassungen ab....Daß gesellschaftliches Bewußtsein als Muster situationsunabhängiger Einstellungen definiert wird, ist nun eine notwendige Bedingung, um es durch standardisierte Techniken und durch Meßskalen erfassen zu können. Die angemessene Verwendung vorfixierter Fragebögen unterstellt, daß die Antworten der Befragten nicht nennenswert durch die sozialen Umstände der Befragung bestimmt sind....Vor allem aber setzt die Forderung statistischer Auswertung, die sich ja mit der Idee einer standardisierten Untersuchung und der Anwendung von Meßskalen verbindet, eine Vergleichbarkeit der in verschiedenen Interviews gewonnenen Daten voraus. Das heißt dann aber, daß die aus den Antworten erschlossenen Einstellungen von den Befragten nicht auf bestimmte Situationsumstände bezogen werden dürfen."[253]

Um die Situation, in der die Einstellungen entstehen, vorgefunden und evtl. wirksam werden, angemessen erfassen zu können, gibt es eine ganze Reihe von methodischen Konstrukten. Eines davon ist die Methode der sogenannten Aktionsforschung, zu deren Vorteilen etwa Wollmann (1979) folgendes ausführt: Sie erlaubt " ein tiefenscharfes Eindringen in komplexe Handlungs- und Wirkungsverläufe" und macht "sich verstehend das Common-sense- und Erfahrungswissen, die Wirklichkeitsdeutungen und Kausalhypothesen der Akteure selbst zunutze."[254]

Die Nachteile werden erstens darin gesehen, daß es sich um überwiegend reaktive bzw. interaktive Untersuchungstechniken handelt, wobei den damit gewonnenen Ergebnissen zu Recht eine geringe Verallgemeinerungs- und Theoriefähigkeit vorgehalten wird.

Gegen diese Kritik können zusätzliche nichtreaktive Techniken und Methoden eingesetzt werden, die z.B. den hermeneutisch gewonnenen Aussagen sekundäranalytische Auswertungen von Aggregatdaten hinzufügen. Ausdrücklich verweisen Methodiker dabei auf die Möglichkeit einer "standardisierten Auswertung von Verwaltungsvollzugsdaten"[255].

Der zweite Nachteil und Kritikpunkt an den interaktiven Methoden besteht in ihrer vorherrschend handlungstheoretischen Ausrichtung. So vorteilhaft und positiv die damit verbundene Absicht ist, "manifeste Handlungsabsichten, Interessen oder gar strategische Kalküle auf der Ebene bewußten Handelns der Akteure"[256] zu erfassen und damit eine "hermeneutische Rekonstruktion von Handlungsabläufen und -geflechten" [257] oder Handlungsmöglichkeiten/-bedingungen vorzunehmen, stößt man doch schnell an Grenzen. Zentral ist z.B. das Problem, daß die Akteure bereit sein müssen, unverzerrte Mitteilungen über ihre Handlungen und deren Bedingungen zu machen. Es wird davon ausgegangen, daß für sie überhaupt die Möglichkeit besteht, dies so zu tun. Es ist also die Frage ob es sich um intentionale oder um andere außerhalb des Willens der Mitteilenden liegende Angelegenheiten handelt.

Es ist sicherlich im Rahmen einer Forschungsstrategie, welche die Akteure aus der Sichtweise der Aktionsforschung zum Subjekt der Forschung machen will, selber wieder problematisch solche Einwände zu verabsolutieren und etwa als subjektives Mißtrauen gegenüber den Angaben, Mitteilungen und Beobachtungen dieser Interaktionspartner zu entfalten. Eine Lösung dieser Nachteile darf ihrerseits nicht zum direkten Gegenteil von Handlungsanalyse führen, d.h. ausschließlich der Bedingungsstrukturanalyse verfallen. Der Ausweg aus diesem Dilemma besteht methodisch

zuerst einmal in einer Ausdehnung der Vielfalt analytischer Methoden und Schritte und der anschließenden Versuche einer möglichst weitreichenden Integration. Griffig formuliert geht es darum, herauszubekommen, was hinter dem Rücken der Akteure vorgeht[258] und was die Strukturen teilweise untergründig modifiziert.

Die Kritiker der standardisierten Fragebogenerhebungen und die entsprechenden Alternativkonzepte, favorisieren entweder wieder eine einzige bzw. einzelne Methode wie z.B. die hermeneutische Textinterpretation und die der differenzierten Erhebung eines überindividuellen "thematischen Bewußtseins"[259] oder eine Mischung von Methoden als verschiedenen Zugängen zur Wirklichkeit. Diese dadurch besser und adäquater erkennen zu können, ist allerdings auch lediglich ein Programm[260], da eine Addition von jeweils interessanten und erfolgversprechenden Methoden aus den verschiedensten Blickwinkeln der Erkenntnisgewinnung noch lange nicht den Erkenntnisgewinn zu steigern braucht.

Da ein übergreifendes theoretisches Modell der GKV und ihrer SV nicht zuletzt durch die empirische Ignoranz der Sozialwissenschaft fehlt, wird auch die Diskussion über methodische Feldzugänge in diesem Gebiet noch weiter im Bereich der Hypothesenbildung verbleiben zu der dies Studie aber auch etwas beitragen will.

In der vorliegenden Arbeit werden allerdings auch nicht alle methodischen Zugänge zur Realität erprobt. Für die Auswahl zweier der drei von uns praktisch bearbeiteten Analyseebenen war folgende Überlegung relevant: Für die Analyse der Veränderungs- und Handlungsmöglichkeit der GKV und deren SV sind zweierlei Ebenen wichtig. Erstens ist es die Ebene auf der erkannt wird wie die SV selbst ihre Rahmenbedingungen als fördernd oder hemmend betrachtet bzw. ob und wie sie diese thematisiert. Zweitens sind es dann die Bewußtseinsformen, -inhalte Einstellungen, Konzepte, Programme und Absichten welche die Akteure für ihre Arbeit in den Institutionen besitzen. Diese Differenzierung hat nicht zuletzt deshalb einen hohen Stellenwert, weil Handeln oder Nichthandeln nicht das jeweils lineare individuelle Umsetzen von individuellen Einstellungen und Konzepten ist, sondern wesentlich durch die Existenz von Bedingungen, die mit ihnen geführten Auseinandersetzung und vor allem auch durch die individuelle und kollektive Antizipation tatsächlicher oder vermeintlicher Hemmnisse aber auch Stimuli geleitet wird.

Mit diesen beiden Aspekten beschäftigen sich die beiden folgenden Hauptpunkte. Es handelt sich dabei um Ergebnisse der

- Durchführung von Intensivinterviews mit Selbstverwaltern über ihre wesentlichen Handlungsbedingungen, die einige Konturen eines "thematischen Bewußtseins" herausarbeiten helfen und der

- Durchführung einer standardisierten schriftlichen Befragung zu Einstellungen, politischen Handlungskonzepten und -ansatzpunkten sowie zu Alternativvorstellungen auf der Basis kritischer Reflexion der eigenen ehrenamtlichen sozialen und politischen Tätigkeit.

Hinzu kommen

- Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung an Sitzungen der SV in einer Reihe von Krankenversicherungsträgern und ihren Verbänden.

An die Darstellung empirischer Resultate aus diesen drei methodisch und inhaltlich verschiedenartigen Analysen schließt sich dann der Versuch an, empirisch besser gestützte und befruchtete Hypothesen über die sozialen Dimensionen der GKV/SV-Regulierung zu bilden.

9.1 Durchführung und Hauptergebnisse von Intensivinterviews mit Selbstverwaltern sowie teilnehmender Beobachtung von SV-Organsitzungen

9.1.1 Methodische Vorbemerkungen

Für die Entwicklung eines Interviewerleitfadens konnte nicht auf nennenswerte empirische Untersuchungen bezüglich des Erkenntnisinteresses von SV-Organmitglieder und der Einschätzung der Rahmenbedingungen ihres Handelns zugegriffen werden. Deshalb begannen die Vorarbeiten in Gestalt von **explorativen Interviews** mit Experten. Diese wurden u.a. zu folgenden Fragen interviewt:

- zeitlicher Rahmen ihrer Tätigkeit

- Information und Kooperation

- Anspruch und Wirklichkeit der Handlungskompetenz von SV und

- Aufgaben der SV.

Der endgültige Fragenleitfaden für die 26 durchgeführten **Intensivinterviews**[261] beruhte schließlich auf einigen weiteren Bildungs- und Reflexionsprozessen. Dazu gehörte die Beschäftigung mit den gesetzlichen

Grundlagen der SV-Tätigkeit aber auch mit den innergewerkschaftlichen politischen Selbstverständnisdiskussionen.

Die Methode des Intensivinterviews hält für Interviewer wie für den Interviewten eine Reflexionschance offen. Fragestellungen können beiderseitig modifiziert und erweitert werden. So stellt jedes Interview auch einen Lernprozeß dar, da es jeweils neue Informationen und Erkenntnisse mit sich brachte. Die neugewonnenen Erkenntnisse wurden in den nachfolgenden Interviews berücksichtigt.

Die Interviews beanspruchen keinerlei Repräsentativität, da vorrangig die Absicht bestand, die Vielfalt der Meinungen darzustellen. Die Gespräche verliefen in sehr kooperativen Rahmen, da der DGB-Bundesvorstand in der Regel die Kontakte vermittelte.[262] Positiv kann bemerkt werden, daß die Zeitfrage i.d.R. keine große Rolle spielte. Die Befragten waren bereit, sehr ausführlich auf Fragen einzugehen. Die Länge der schriftlichen Dokumentation der Gespräche differierte zwischen 18 und 65 Seiten.

Informationen über den Handlungsrahmen der SV lassen sich zusätzlich durch die im optimalen Fall auch über eine gewisse Zeit stetige **teilnehmende Beobachtung von Vertreterversammlungen und den Vorbesprechungen der Versichertenvertretern**[263] gewinnen. Die teilnehmende Beobachtung bietet den Vorteil, Interaktionen in komplexeren Handlungssituationen beobachten zu können. Dabei war uns das Risiko bzw. der Nachteil dieser Methode bewußt, nämlich die latent drohende Selektivität der Beobachtung durch eine Standardisierung der Beobachtungsinhalte.

9.1.2 Bedingungen, Handlungsmöglichkeiten und Restriktionen für die Tätigkeit in SV-Organen - Darstellung der Ergebnisse von Intensivinterviews

Es wurden bei weitem nicht alle gestellten Fragen und Antworten ausgewertet. Bei der Darstellung der Ergebnisse ging es darum, die Vielfältigkeit, Differenziertheit und die gegensätzlichen Aussagen jeweils bezogen auf den Kontext des Antwortenden[264] darzustellen. Auf der anderen Seite ging es darum, eine Tendenz herauszuarbeiten, wobei die modifizierenden Faktoren berücksichtigt wurden. Dort wo es angebracht und möglich erschien, wurde in der Darstellung darauf geachtet vor allem die verschiedenen Kassenarten oder auch Funktionsebenen der Akteure zum Ausdruck zu bringen.

Um den laufenden Text möglichst übersichtlich zu halten, die lebendige Empirie aber nicht wieder völlig verschwinden zu lassen, haben wir folgende Darstellung der Ergebnisse gewählt: In diesem Teil sind zu den relevanten Resultaten der Intensivgespräche Zusammenfassungen enthalten, die sich lediglich punktuell auf wörtliche Wiedergaben der Selbstverwalter-Äußerungen stützen.[265]

9.1.2.1 Zeitliche Belastung der Organmitglieder.

Eine der viel gehörten allgemeinen Problematisierungen des SV-Prinzips und seiner Ausfüllung ist das Wissens-, Macht- und Kompetenzgefälle zwischen hauptamtlicher, professioneller Bürokratie und der ehrenamtlichen und schwerpunktmäßig politisch agierenden SV.[266] Ein formaler Aspekt in dem sich diese Problematik politischer Ehrenämter niederschlägt und der sie zugleich mit Leben erfüllt, ist die Zeitökonomie dieser Tätigkeit.

Um einen Eindruck zu erhalten, welche zeitlichen Belastungen die befragten Organmitglieder ausgesetzt sind, wurde nicht nur der Zeitaufwand für die SV-Funktionen abgefragt. Die Fragen nach der Berufstätigkeit und weiteren Ehrenämtern neben der SV-Tätigkeit, wozu auch sonstige gewerkschaftliche Funktionen gehören[267], vermitteln einen zusätzlichen Eindruck, der das Bild über die gesamte Zeit-Ökonomie abrundet.

Von durchweg allen Befragten wird erklärt, der Zeitaufwand für ihre SV-Tätigkeit sei insgesamt sehr hoch und höher als erwartet und/oder allgemein bekannt ist.

Durch die in den letzten Jahren besonders häufig thematisierte Kostensteigerung im Gesundheitswesen, die anwachsende Sozialgesetzgebung und die sich daraus ergebenden Beratungsnotwendigkeiten in der GKV wuchs die Sitzungshäufigkeit und der Aufwand für die Vorbereitung der einzelnen Sitzungen zumindest und/oder überwiegend für die Selbstverwalter in den Verbandsorganen deutlich an.

Ein erhöhter Zeitaufwand ergibt sich u.a. auch schon aus dem geänderten inhaltlichen Verständnis der SV-Tätigkeit. Zwar gab es früher weniger Probleme, eingeräumt wird aber, sie könnten möglicherweise nur nicht erkannt worden sein. Dies geht mit dem Artikulieren eines verstärkten Bildungsbedürfnisses auf diesem Gebiet einher.

Von verschiedenen Gesprächspartnern wird festgestellt, das "Kritischer-Werden", d.h. mehr Kontrollieren und Nachhaken, trage natürlich dazu bei, den Zeitaufwand auszudehnen.

Differenziert werden muß hinsichtlich des Arbeitsaufwandes bei den RVO-Kassen nach den verschiedenen Ebenen. Die örtliche Ebene spielt bei allen Befragten, die bis auf eine Ausnahme allen drei Ebenen (örtliche Kasse, Landes- und Bundesverband) angehören, in dieser Hinsicht eine untergeordnete Rolle. Dies gilt auch dann, wenn ein Befragter in einer Aussage reflektiert, daß dort nach dem Konzept der Versichertennähe ja eigentlich "nach den Idealvorstellungen die Hauptarbeit" der SV liegen sollte.

Je "höher" die Funktion des Organmitglieds ist, umso mehr Funktionen kommen automatisch dazu, insbesondere bei den Organvorsitzenden. Daher sind auch Vorstellungen über eine Arbeitsteilung oft nicht realisierbar und die Tendenz zur Heranbildung fast hauptamtlicher SV-Mitgliedern ist in gewissem Sinne zwangsläufig.

Im folgenden sollen die Gefahren, die mit solch einer "Ver-Hauptamtlichung" oder "Semiprofessionalisierung" der SV einhergehen mit Äußerungen eines SV-Mitglieds verdeutlicht werden:

> *"Wenn ich mir jetzt also vorstelle,...daß andere ein Drittel oder auch mehr ihrer Arbeitszeit für die Selbstverwaltungsarbeit brauchen, etwas, was ich meine, was unbedingt verhindert werden müßte, ist, daß es so hauptamtliche SV-Mitglieder gibt. Wenn die also innerhalb der gewerkschaftlichen Arbeit keine Basis mehr haben, dann lohnt sich deren Arbeit auch nicht mehr, denn das ist für mich die Basis. Wenn ich nicht mehr weiß, wie unsere Mitgliedschaft draußen über ganz bestimmte Dinge denkt oder wie wir es als Organisation vom Grundsätzlichen politisch...sehen und ich auch dann versuchen muß, dies in der SV einzubringen oder sogar durchzusetzen. Wenn ich diesen Rückhalt also nicht mehr habe, sondern nur noch fast wie ein Hauptamtlicher bei der Kasse beschäftigt arbeite, dann sehe ich dieses als ein großes Problem an. Etwas, was wirklich nicht erstrebenswert ist...weil die anderen Dinge, auch berufliche Dinge, erhalten bleiben müssen." (Interview F, S.27)*[268]

Von einigen der Befragten werden auch noch andere gesellschaftspolitischen Interessen geäußert, die dadurch, daß der "SV-Job", wenn man ihn ernst nimmt, nahezu ein "Vollzeit-Job" sei, nicht mehr befriedigt werden können:

> *"Das muß ich dann ja alles in meine sonstige berufliche Tätigkeit - Familie hab ich auch - irgendwie einpassen, denn eigentlich - mein ganzes gewerkschaftliches Engagement hat sich auf*

diesen Bereich inzwischen beschränkt und darüber bin ich gar nicht glücklich, weil ich das als eine ziemliche Außenseitertätigkeit betrachte. Die Gewerkschaften interessieren sich nicht sehr dafür. Das ändert sich ja jetzt vielleicht etwas." (Interview B, S.4)

Aus diesem Grunde wurde im Verlauf eines anderen Gesprächs die Frage diskutiert, ob das vorhandene "Fahrstuhl-Prinzip", d.h. die Tätigkeit auf allen drei Ebenen in Anbetracht des Zeitaufwandes so sinnvoll ist.

Zwar wird an dieser Stelle gelegentlich das Problem angesprochen, den einzelnen "Mehrfach-Funktionären" fehle vielfach die Kapazität, sich mit anstehenden Fragen inhaltlich auseinanderzusetzen, andererseits wird es aber für falsch gehalten,

"...in den Bundesverband Kollegen zu entsenden, die nicht wissen, was an einem bestimmten Ort läuft. Und die Gefahr, daß bei der Bedeutung, die die SV auch innerhalb der Gewerkschaften hat - nämlich fast keine - gibt es keine Rückkoppelung...ohne auch nur eine minimale Anbindung an (den Ort -d. Verf.) zu haben oder an das, was hier läuft, dann ist das ein vollkommenes Gremium. So kannst du wenigstens noch sagen...bei uns ist das so und so gelaufen, wie ihr euch das vorgestellt habt; und aus dieser Erfahrung lernen dann auch die anderen Kollegen wenigstens ein bißchen. Würde dann diese Erfahrung vor Ort fehlen, würde dies nicht einmal weitergegeben oder der ganze Informationsfluß zu den Verbänden liefe überhaupt nur noch über den Geschäftsführer, d.h. der Selbstverwalter im Bundesverband hätte auch nur die Informationen, die die Verwaltung hier weitergegeben haben, aber nicht die SV." (Interview B, S.5)

9.1.2.2 Rekrutierung, Information und Qualifikation

Die SV-Mitglieder haben unterschiedliche Chancen, in das Ehrenamt hineinzuwachsen. Dies hängt u.a. vom Zeitbedarf ab, aber auch von den Erfahrungen aus anderen Ehrenämtern im gewerkschaftlichen und Sozialversicherungsbereich. Teilweise sind die Befragten "fließend" in diese Funktion "reingewachsen", indem sie zunächst als Stellvertreter sporadisch an Sitzungen teilgenommen haben und dann irgendwann als ordentliches Mitglied die Funktion "voll" ausfüllen mußten. Andere wurden "ins kalte Wasser" geworfen und mußten sich "freischwimmen". Dies ist auch für die Ersatzkassenvertreter ein besonderes Problem, weil dort eine

Kenntnis der örtlichen Gegebenheiten nicht in dem Maße vorhanden sein kann, wie dies durch die "Stufenvertretung" der RVO-Kassen formal gewährleistet ist.

Die Selbstverwaltung ist "zu alt". Dies wird von zwei Befragten angesprochen. In diesem Zusammenhang wird auch Kritik an der Gewerkschaft laut, die hierauf "zu wenig Einfluß" nähme. Der gesamte "Mittelbau" in der Altersstruktur fehlt. Es gibt nur "alte" und meist erfahrene Kollegen und solche, die "ganz jung im Geschäft" sind. Entsprechend unterschiedlich ist der Wissensstand und das Informationsbedürfnis.

Die Erfahrungen sind auch oft nicht einfach weitervermittelbar. Während früher viel im Selbststudium erarbeitet werden mußte, weil es Schulungen in dem Maße wie heute noch nicht gab, müssen sich heute die "Jungen" sehr bemühen den "Anschluß zu kriegen" - zumal in Anbetracht der immer komplizierter werdenden Materie.

Was für die Betriebsratsarbeit als selbstverständlich gilt und wofür es in Gestalt des Vertrauensleutekörper auch eine Einrichtung gibt[269], nämlich aus dem Mitgliederkreis rechtzeitig Leute nachzuziehen, die mit der Problematik vertraut sind, ist im Bereich der Sozialpolitik bzw. der sozialpolitischen Mitbestimmung noch nicht zum Allgemeingut geworden. Dazu gibt es weder eine Konzeption noch die Infrastruktur.

Die Auswahl der Organmitglieder erfolgt nicht unbedingt entlang der Qualifikation. Als dafür maßgebliche Gründe dafür werden z.B. angegeben: Es gibt zu viele Kassen, die nicht mit qualifizierten SV-Mitgliedern besetzt werden können, weil diese vielfach bereits in anderen Funktionen stecken oder man hat ihnen dieses Amt gegeben, weil ein anderer "ausgelaufen" war oder weil er das "alte Amt nicht mehr wollte."

Lediglich ein Befragter spricht an, daß bei der Auswahl der Vertreter darauf geachtet wird, welche ehrenamtlichen Tätigkeiten bisher ausgeübt wurden und daher eine entsprechende Fähigkeit für das Ausüben dieser Tätigkeit gegeben ist. Von einem Drittel der Befragten wird ausdrücklich gefordert, der Kandidat müsse sich schon vor der Wahl ein wenig um diesen Bereich gekümmert haben, etwas gelesen haben o.ä.

Von vielen wird die Teilnahme an Lehrgängen empfohlen. Das wird insbesondere dann für notwendig erachtet, wenn die eben genannten Vorerfahrungen nicht gegeben sind. Aber erst die konkrete Umsetzung der gelernten Inhalte in der Praxis, so ergänzen viele Gesprächspartner, "verfestigt" dieses Wissen und "läßt Handlungskompetenz" entstehen.

Das neugewählte Mitglied ist aber nach Meinung vieler „alter“ Selbstverwalter letztendlich in "starkem Maße auf sich allein gestellt".

Bei den qualifikatorischen Anfangserfordernissen geht ein Befragter noch etwas weiter: Für dieses Ehrenamt sollte man sich "auch mit Kommunal-, Gewerkschafts- und Arbeitgeberpolitik beschäftigen", d.h. sich "nicht ausschließlich im Bereich der SV weiterbilden, sondern auf die Verknüpfung der verschiedenen Informationsbereiche hinwirken." Diese "erweiterte Perspektive" wird in allgemeinerer Form auch von anderen Befragten geteilt.

Die gesetzlichen Vorschriften müsse ein Organvertreter zwar "grob" kennen, aber nicht "auswendig", da die SV in erster Linie eine "politische Funktion" habe und man "die RVO nur bedingt" brauche, eher schon die Satzung und die Versicherungsbedingungen der Kasse.

Die „Kollegen“ fühlten sich in der Regel "immer noch als die besseren Sachbearbeiter" und weil ihnen oftmals und zusätzlich ein allgemeines politisches Bewußtsein für dieses Amt fehlt, sind sie meistens noch "verwaltungsgläubig".

Wäre die Relevanz der Selbstverwaltungstätigkeit stärker im gewerkschaftlichen Bewußtsein verankert, würde auch die "Anlaufzeit" für die Einarbeitung in dieses Amt nicht so lange sein. Mit einem entsprechenden politischen Bewußtsein werden nämlich auch schon Informationen anders aufgenommen. Der Umgang mit einer "Kontinuität" der Geschäftsführung, die herausragend aus einer „spärlichen" Informationspolitik besteht, stellt sich für neugewählte Organmitglieder als besonders schwierig heraus.

Notwendig ist hier die Unterstützung durch die "älteren Kollegen", die ihnen die "Grundbegriffe beibringen können, damit sie sich nicht überfahren lassen". Dies birgt natürlich auch die Tendenz in sich, hergekommene Verfahrensweisen formal weiterzuschreiben ohne ihre Angemessenheit für neue politische Inhalte und Konzepte zu hinterfragen. Konfliktäre "neue" Inhalte wie die Prävention in der Arbeitswelt sind aber z.B. nur sehr schwer mit Mitteln der frühstmöglichen Konsensbildung zu bearbeiten.

Trotz intensiven Gedankenaustausch wird es neuen SV-Mitgliedern aber erst "nach spätestens einem Jahr" möglich, "organbezogen mitzureden."

Wichtig ist dabei, ein "Selbstbewußtsein zu entwickeln", und sich "nichts gefallen zu lassen." Es muß u.a. eine "Art Persönlichkeitsbildung" erfolgen, um das "Nichtmitwirken vieler Selbstverwalter" zu überwinden.

9.1.2.3 Kooperationsverhältnisse zwischen Selbstverwaltung, Krankenkasse und gesellschaftlichem Umfeld

Im vorhergehenden Abschnitt wurde auf die Informationspolitik als einer wichtigen Art der Kooperation zwischen SV und Kassen- Geschäftsführung bereits kurz eingegangen. Hier soll noch etwas allgemeiner auf die Kooperation der Versichertenvertreter mit der Geschäftsführung insgesamt aber auch die mit den Arbeitgebern eingegangen werden. Damit sind die Binnen-Kooperationsverhältnisse abgedeckt.

Zu den ebenfalls betrachteten Außenbeziehungen der SV gehören vor allem jene zu den Leistungsanbietern und zu anderen Trägern der gesundheitlichen Versorgung im lokalen Umfeld, wie beispielsweise dem Gesundheitsamt.

Auf dem Hintergrund der bisher bekannten unterschiedlichen Verhältnisse in den von unseren Gesprächspartnern selbstverwalteten Krankenkassen verwundert es nicht, wenn sich auch das Kooperationsverhältnis mit der jeweiligen Geschäftsführung sehr unterschiedlich und gegensätzlich darstellt.

Äußerst selbstbewußt hebt ein Interviewter den sehr guten Kontakt zur Verwaltung und die Einflußmöglichkeit auf deren Arbeit hervor:

> *"Hier ist es seit Jahrzehnten unter sehr großköpfigen Vorgängern, ausgesprochene grimmige Persönlichkeiten, der Geschäftsführung nie gelungen, das selbst in die Hand zu nehmen. Die ist also seit Jahrzehnten gewohnt, auf jeden Wunsch hin, bis ins Letzte und Präziseste zu informieren. Das ist auch so weitergelaufen. Also an Informationen fehlt es nicht." (Interview G, S.13)*

Über die Wandlungsprozesse der Kooperation und ihre Ursachen spricht ein anderer Gesprächspartner:

> *" Auch in bezug auf die Geschäftsführung haben sich die Dinge im Vergleich zur Vergangenheit gewandelt. Das Verhältnis war uninformativ, es wurde abgehakt, nur das nötigste Wissen weitergegeben. Hier hat sich das Selbstbewußtsein der SV in Hinsicht auf die Informationsrechte entwickelt. Aber auch der Typ des Verwaltungsbeamten hat sich gewandelt. Entgegen dem früher streng hierarchisch orientierten Beamten trifft man heute eher auf zugänglichere, aufklärungsbereitere Beamte." (Interview L, S.9)*

Die Anmerkung, weder mit der örtlichen Geschäftsführung noch mit Verbandsgeschäftsführungen "Probleme" zu haben, verbindet ein anderer Selbstverwalter mit einem Hinweis auf die möglichen Gründe. Dabei spielt die Tatsache, "daß die Geschäftsführer größtenteils auch Gewerkschaftsmitglieder sind", eine große Rolle.

Auf einen wichtigen, keineswegs problemlosen inhaltlichen Aspekt der Beziehungen zwischen Geschäftsführung und SV weist ein weiterer Befragter hin: Die Beziehung muß eindeutig die unterschiedlichen Aufgabenstellungen beider Einrichtungen unterstreichen und nicht eine wechselseitige Einmischung in die jeweils anderen, eigenen Angelegenheiten sein. Kooperation heißt also nicht, sich mit jedem über Alles und Jedes zu unterhalten und zu bestimmen.

Neben diesen Erfahrungen gibt es aber auch andere Kooperationsverhältnisse, die gestützt auf entsprechende Mehrheitsverhältnisse in der SV, zumindest für die Versichertenvertreter aus DGB-Gewerkschaften, völlig unzureichend bzw. ausgeprägte Nicht-Kooperationsverhältnisse sind. In einem Fall läuft dies darauf hinaus, daß die Geschäftsführung mit der Zustimmung der Organmehrheit praktisch auf schriftliche Beratungsunterlagen verzichtet.

Einige Selbstverwalter, die erhebliche Schwierigkeiten mit "ihrer" Verwaltung haben geben zugleich einen entscheidenden Hinweis auf einige Dreh- und Angelpunkte positiver Veränderungen des Kooperationsklimas aber auch auf die inhaltlichen Begrenzungen von Kooperation.

> *"Die Konfliktbereitschaft muß auch irgendwo da sein, man muß auch mal bereit sein sich auf Teufel komm raus in Sachfragen mit der Verwaltung zu schlagen." (Interview H, S.6)*

In den Beziehungen zwischen Versichertenvertretern und Arbeitgebervertretern spiegelt sich grundsätzlich das Problem der paritätischen SV mit Einigungszwang wider. Ein SV-Mitglied bringt das Problem des Einigungszwangs bei Beibehaltung der Handlungsfähigkeit folgendermaßen vor:

> *"Wenn also die Arbeitgeber sagen: Nein, wir machen da nicht mit, dann klappt das auch nicht. Man muß also immer eine Mehrheit haben. Mehrheit kann man nur bekommen, wenn die Arbeitgeber da mitstimmen. Ich kenn' einen Arbeitgeber, der mir mal gesagt hat: Wissen Sie,...die Parität ist eine gute Sache. Man kann damit alles das, was man nicht will, kaputt machen....Man muß also immer wieder versuchen, die Arbeitgeber*

von bestimmten Notwendigkeiten zu überzeugen." (Interview D, S.3 und 7)

Immer wieder wird in diesem Zusammenhang auf die Rolle langjähriger, teilweise oder überwiegend informeller Kontakte und die daraus folgende oder ihnen zugrundeliegende persönliche Wertschätzung ("Herr...war ein sehr versierter Mann".) hingewiesen.

Hinsichtlich der Kontakte zu Ärzten herrscht bei der SV eine gewisse Unsicherheit, die bis zu Berührungsängsten reicht.

Was die regionale Kooperation von Trägern der gesundheitlichen Versorgung betrifft, so ist dies in zahlreichen Programmen eine wesentliche Aufgabe der SV zur Stärkung ihrer Kompetenz. In der Wirklichkeit sieht dies allerdings so aus, daß entweder die SV aus solchen Arbeitsgemeinschaften oder ihnen ähnlichen Zusammen-schlüssen ausgeschlossen ist oder diese so zufällig und beliebig existieren, daß ihr Zweck nicht zum Tragen kommt. Zum ersten Phänomen liefert die folgende Bemerkung eine interessante Begründung:

"Es gibt im Kreis...eine Arbeitsgemeinschaft aller Krankenkassen, aber nur auf der Geschäftsführerebene...Die kommen regelmäßig zusammen. Aber die Selbstverwalter sind daran nicht beteiligt, weil es bei den Ersatzkassen auf der Ortsebene Selbstverwaltungsleute nicht gibt." (Interview D, S.9)

In eine ähnliche Argumentationsrichtung läuft auch eine andere Beobachtung, nur daß jetzt der Verwaltung ein Monopol der Trägerkontakte zugebilligt oder -gewiesen wird.

"Mit Behörden wie dem Gesundheitsamt hat die SV wenig zu tun, da käme eher die Verwaltung infrage. Da wären allerdings in bezug auf Leistungen Ersparnisse möglich." (Interview L, S.11)

Diese beiden Bemerkungen unterstreichen auch die teilweise Richtigkeit der von einem anderen SV-Mitglied geäußerten Vermutung, es gäbe "mehr Arbeitsgemeinschaften der Geschäftsführer als der Selbstverwaltungsorgane" und der daran geknüpften Vermutung, es handle sich dann "in der Regel" um "ein Instrument gegen die Selbstverwaltung." (Interview A, S.45, Hervorhebung durch d. Verf.)

Zusammenfassend läßt sich zum Zustand und der Beurteilung von Binnenkooperationen - unter Ausklammerung der Verhältnisse in den Ersatzkassen - sagen, daß solche Kontakte zunehmend existieren und überwiegend im Sinne einer konfliktfreien Gestaltung der Organsitzungen begriffen und instrumentalisiert werden.

Die Außenkooperation ist seitens bzw. unter Beteiligung der SV stark unterentwickelt. Dies hängt zum einen mit Berührungsängsten zum anderen aber auch mit vorschnellen Fehlschlüssen hinsichtlich der politischen Relevanz der Inhalte solcher Kontakte zusammen.

9.1.2.4 Selbstverwaltung und Versichertennähe

Das Verständnis und die Ausgestaltung der Versichertennähe ist in zweierlei Hinsicht zumindest für die Vertreter der sog. RVO-Kassen von zentraler Bedeutung. Zum einen ist es für die Begründung der Existenzberechtigung des gegliederten Systems der Krankenversicherung im Sinne von orts-, betriebs- und letztlich problemnah von großer Wichtigkeit.

Zum anderen ist die Versichertennähe, die nicht nur eine räumliche, sondern auch eine soziale Größe ist, zentral für die Legitimation und in die Zukunft gerichtete Kompetenz der SV selber.

Hinsichtlich der Bewertung der **Sozialwahlen** als einem potentiell wichtigen und tradierten Element der Versichertennähe stellt sich bei fast allen Gesprächspartnern das Problem, daß die Einrichtung der sog. Friedenswahlen weit verbreitet ist. Es ist festzustellen, daß fast alle, die sich zum Wahlverfahren geäußert haben, Argumente für die Durchführung dieser "Wahl ohne Wahlhandlung" anführen, aber mit einer Art latenten "schlechten Gewissen" auch selbst die Problematik dieser Strategie mitreflektieren.

So führt ein Selbstverwalter die durch viele Kleinbetriebe verursachte Heterogenität des Rekrutierungsfeldes der von ihm mitverwalteten Kasse als Argument für die dortige "Friedenswahl" an:

> *"Aber da ist auch eine Absprache mit dem (anderen Verband - d. Verf.), um hier sog. Friedenswahlen machen zu können. Denn wenn man mit diesem Flickenteppich eine echte Sozialwahl durchführen wollte, wüßte ich nicht, was da raus käme. So haben wir es einfach, wir bestimmen im Grunde, wer da reingeht und dann hat sich das. Selbstverwaltung verkehrt, aber so funktioniert sie wenigstens." (Interview G, S.2)*

Zu Recht weisen einige Selbstverwalter aber auch darauf hin, daß eine ausschließliche Konzentration auf die Sozialwahlen und deren Wahlkampf nicht ausreichend für eine versichertennahe SV-Arbeit ist:

> *"Deshalb sagte ich auch vorhin, es muß uns gelingen, z.B. in Vertreterversammlungen, in Funktionärs-, in Mitgliederversammlungen, in Betriebsversammlungen, mal darüber zu reden, mal mit denen in die Diskussion kommen. Da würde ich eine ganze Menge an Möglichkeiten sehen." (Interview F, S.29)*

Mit der fast im selben Atemzug geäußerten skeptischen Einschätzung der Verwirklichungschancen eines solchen Aktivierungskonzeptes weist derselbe Selbstverwalter auf eine zentrale Problematik hin, die zwar naiven Mobilisierungsvorstellungen entgegensteht, aber auch den realen Boden mancher bereits erwähnten bedarfsorientierten, sozialpolitischen Alternativstrategie darstellt:

> *"Aber darüber hinaus ist alles so ein bißchen idealisiert, weil praktisch nicht mehr möglich, eben aus zeitlichen Gründen. Solche Gewalttourneen wie vor den Sozialwahlen kann man natürlich zwischendrin auch nicht machen und es besteht dann auch wahrscheinlich nicht sonderlich viel Interesse daran. Sozialpolitik führt da ja sowieso interessensmäßig ein Schattendasein: 'Ich bin erst 20, was kümmerts mich, was ich mit 65 für eine Rente kriege' und so ähnlich. Bei der Krankenversicherung ist das anders. Aber ich glaube, das wandelt sich insgesamt doch jetzt schon allmählich ein klein wenig und das sollte man nutzen und sich bemühen, noch mehr dafür zu tun, daß wirklich noch mehr Interesse für den ganzen Bereich da ist." Interview F, S.29 f.)*

Ein anderer Selbstverwalter faßt in scharfer Form den nach seiner Meinung katastrophal schlechten Kontakt zwischen Krankenkasse, ihrer Selbstverwaltung und Versichertenschaft zusammen und äußert zusätzlich Zweifel an der Effektivität gezielter Aufklärung über das Geschehen, die Relevanz und die Probleme der GKV:

> *"Der Ist-Zustand ist schandbar schlecht. Aber allgemein ist festzustellen, daß Selbstverwaltung eine unbekannte Sache ist. Wer weiß das schon. Wir wissen selbst, daß trotz viel Müh und vielfältigster Motivation die Wahlbeteiligung auch nicht sprunghaft gestiegen ist. Das ist eben für den Normalbürger oder Normalversicherten völlig uninteressant. Das läßt den völlig kalt. Der hält seine Krankenkasse in der Regel sowieso für eine*

Staatsbehörde, die man unbedingt meiden muß. Wenn er ein bißchen aufgeklärter ist...und sogar Gewerkschaftsmitglied ist,...da ist das Bewußtsein, daß ich als Sozialversicherter in der Solidargemeinschaft bin, völlig unterentwickelt und nicht vorhanden. Wir haben dann einiges getan über die Gewerkschaftszeitung....Aber der Effekt ist gleich Null....Ich habe mir sogar die Mühe gemacht, unsere Kollegen, die in Sozialversicherungsfragen irgendwelche Funktionen übernommen haben, die habe ich mit Kurzbeschreibung und Anschrift etc. übernommen (in eine Zeitschrift - d. Verf.). Also Brüder, wenn ihr Sorgen habt, das sind die und die, die Adresse steht da, wendet euch an die. Es rührt sich da nichts, den Eindruck habe ich. Die leben vor sich hin und das ist für sie völlig uninteressant, in welcher Berufsgenossenschaft, in welcher Krankenkasse und in welcher Rentenversicherung sie sind." (Interview G, S.15)

Vielfach wird auch die innergewerkschaftliche Unfähigkeit kritisiert, selbst die eigenen Mitglieder z.B. bei den Direktwahlen in den Angestellten-Ersatzkrankenkassen voll zu mobilisieren.

Was die Kontakte zwischen Versicherten und SV und die Information der Versicherten über die SV-Arbeit im weiteren Sinne anbelangt, scheinen die Erfahrungen sehr weit auseinanderzuklaffen.

Dabei überwiegt die Meinung, diese Kontakte "gibt es nicht". Ausnahmen sind allenfalls jene Betriebe, in denen unter Arbeitskollegen zufällig einer als SV-Mitglied bekannt ist.

Ansonsten stellt ein anderer Selbstverwalter fest:

"Zu den Versicherten selbst habe ich gar keinen Kontakt. Den meisten Versicherten in unserer Kasse und in meinem Wohnort ist gar nicht bekannt, daß es mich gibt." (Interview A, S.40)

Die Ursachen für die insgesamt unterentwickelten Kontakte zwischen den Versicherten und der Selbstverwaltung werden von zwei Selbstverwaltern in unterschiedlicher Weise benannt. Im einen Falle soll dies an einem bei den Versicherten tatsächlich oder vermeintlich falsch entwickeltem Bewußtsein über den Charakter der GKV als Solidargemeinschaft liegen. Im anderen Fall liegt der Grund in dem besonderen, nichtöffentlichen Charakter des Vorstand als dem einen SV-Organ, der sich auch auf die inhaltliche Ausfüllung des Kontaktes zwischen Mitgliedern dieses Organs und

den Versicherten auswirkt. Eine intensive Kontaktpflege erscheint diesem Selbstverwalter als am Rande der Legalität angesiedelt.

Gemessen an dem aus Entwicklungen der gesundheitlichen Probleme abgeleiteten normativen Verständnis von Versichertennähe, ergeben unsere Interviews erhebliche Korrekturen:

- In den Sozialwahlen sehen relativ wenige Selbstverwalter die Möglichkeit, unabhängig von Listenkonkurrenz die Bedeutung der SV darzustellen,
- gegen eine stärkere Mobilisierung und Einbeziehung der Versicherten stehen in den Augen vieler SV-Mitglieder zahlreiche Barrieren bei den Versicherten selber,
- auch was die Kontaktpflege zwischen SV und Versicherten anbelangt, überwiegt eine eher skeptische Einschätzung der Realität und Realisierbarkeit. Es dominiert ebenfalls der Typus des Experten- bzw. Insiderkontakts.

9.1.3 Erste Ergebnisse teilnehmender Beobachtungen in SV-Organsitzungen

9.1.3.1 Methodische Vorbemerkungen

Wir haben oftmals vermittelt über die an anderer Stelle dargestellten Partner aus den Intensivinterviews, an 38 Organsitzungen und Organvorbesprechungen aller Kassenarten und auf allen Funktionsebenen teilgenommen. In der nachfolgenden Übersicht haben wir diese Aktivitäten genauer aufgeschlüsselt.

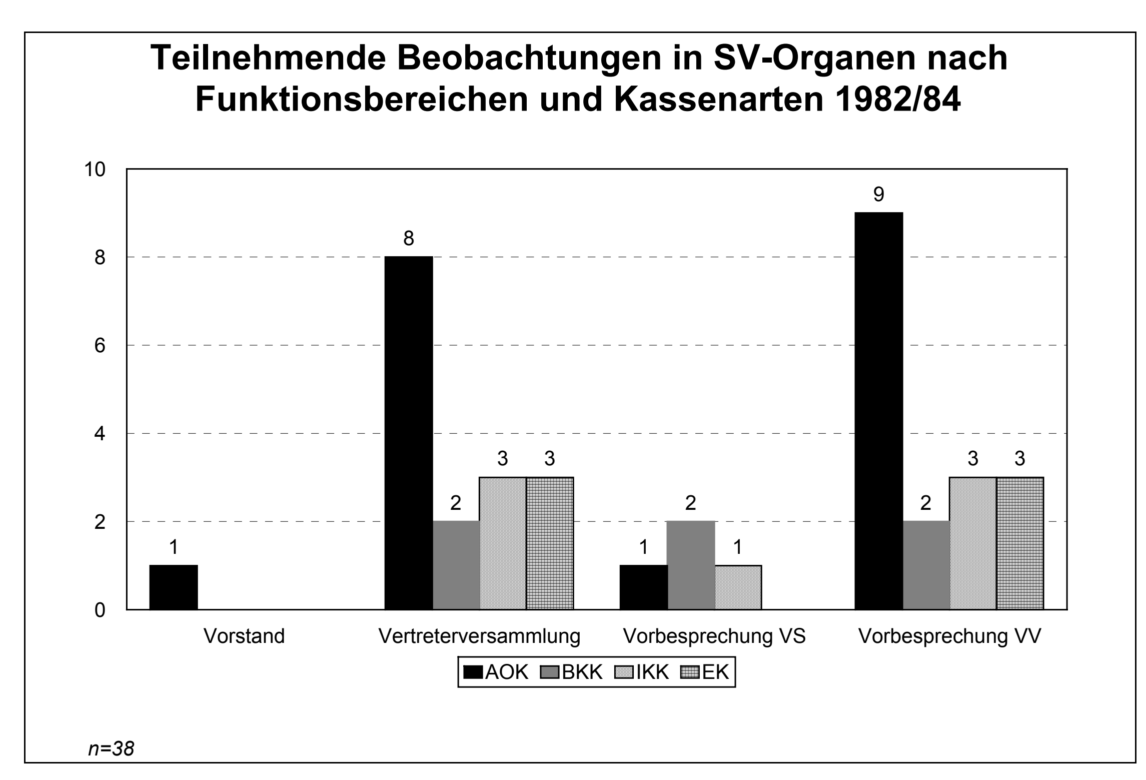


Abbildung 19: Anzahl der teilnehmenden Beobachtungen in SV-Organen nach Funktionsbereichen und Kassenarten 1982-84

Allgemein bleibt festzuhalten, daß in allen Organsitzungen die Anwesenheit von unbekannten Personen auffällt, d.h. eine völlig problemlose teilnehmende Beobachtung nicht leicht möglich ist. Einer Mehrzahl der Sitzungsteilnehmer, für welche die Teilnahme von Personen als normale Versichertenöffentlichkeit offensichtlich nicht selbstverständlich ist, war der Sinn und Zweck unserer Teilnahme explizit bekannt gemacht worden. Die Tatsache, daß unsere Teilnahme schon besonders begründet werden muß[270], ist zugleich charakterisierend für ein Stück SV-Realität.

9.1.3.2 Grundergebnisse der teilnehmenden Beobachtung

Im Hinblick auf die Funktion von Sitzungen als Ebene zur Gewinnung und Verarbeiten von Informationen wurden folgende Aspekte genauer beobachtet:

- Dauer der Sitzungen

- Vorbereitung der Sitzungen

- Aktivitäten der Versichertenvertreter (allgemein)

- Verhältnis der Vertreterversammlung zum Vorstand

- Verhältnis der SV zur Geschäftsführung

- Informationslage der Sitzungsteilnehmer.

Alle folgenden Angaben sind im strengen Sinn nicht repräsentativ, liegen aber nach einem zusätzlich durchgeführten Expertenrating durchaus in einem allgemeinen Trend.

Die beiden folgenden Übersichten dienen vor allem dazu, den allgemeinen quantitativen Rahmens der SV-Sitzungstätigkeit kurz zu charakterisieren. Sie beruhen auf Beobachtungen in 17 Organsitzungen.

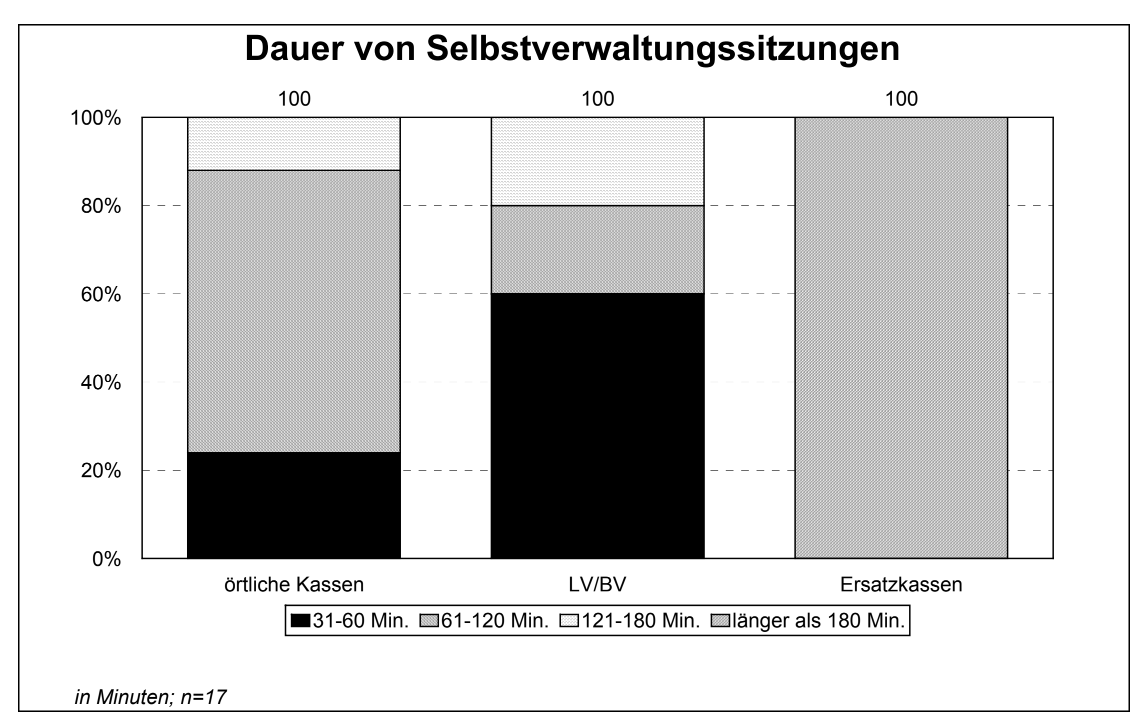


Abbildung 20: Dauer von Selbstverwaltungssitzungen

Die erste Übersicht unterstreicht auf den ersten Blick eine ziemlich ernüchternde Einschätzung zur teilweise offen propagierten oder auch stillschweigend geduldeten Irrelevanz und Unattraktivität von Sitzungen des SV-Organs Vertreterversammlung. Meinungen, die darauf hinweisen, daß die Sitzung so schnell wie möglich "über die Bühne geht oder gar stolze Ankündigungen, in der beobachteten Sitzung würde der bisherige "Rekord" von 24 Minuten noch unterschritten[271], und schließlich eine Strategie, die Vertreterversammlung auf öffentliche "2-3 Minuten" zu begrenzen und dann nichtöffentlich weiterzutagen, sind keineswegs krasse Illustrationen dieser These.

Nach dem zweiten Blick muß allerdings die naheliegende Schlußfolgerung einer schon aufgrund der zeitlichen Ressourcen viel zu begrenzten Auseinandersetzung mit der teilweise komplexen Materie relativiert werden. Dies beruht insgesamt darauf, daß die Organsitzung nur die Spitze eines

umfangreicheren Bearbeitungsprozesses ist. Zum einen konnte dies schon direkt in den Vorbesprechungen der Versichertenvertretergruppe beobachtet werden, die überwiegend länger dauerten und auch inhaltlich "tiefer" gingen als die sich anschließenden Organsitzungen. In der nächsten Übersicht soll dies anhand einer einfachen Betrachtung verdeutlicht werden. Es fällt dabei auf, daß der Typus "lange Vorbesprechungen und kurze Organsitzung" häufig vorkommt und - unter der Voraussetzung, die Arbeitgebervertreter hätten auch lange Vorbesprechungen - als ein Hinweis auf die inhaltliche Themendurchdringung **vor** der Sitzung und die Relativität unserer ersten These gewertet werden.

Zum anderen muß die Eingangsthese aber auch deshalb relativiert werden, weil wir immer wieder darauf stießen, daß zumindest den Sitzungen der VV und in zeitlich nur geringfügig verkürzter Weise auch den VS-Sitzungen ein **mehrstufiger Sach- und Problembearbeitungs- und -klärungsprozess mit Konsensbildungscharakter** vorangeht.

So konnten wir mehrmalig sinngemäß hören: "Du hättest vor zwei Tagen dabei sein sollen (bei der Kommissionssitzung - d. Verf.); da war was los", während die Sitzung einen völlig blassen Eindruck hinterließ.

Als Überleitung von einer eher auf äußere Bedingungen konzentrierten Betrachtung auf die Darstellung inhaltlicher Konturen der SV-Arbeit soll die nächste Abbildung dienen. Wenn das "Vorfeld" der Organsitzungen allgemein eine große Relevanz besitzt ist u.a. auch die zeitliche Konfiguration von Vorbesprechungen und Sitzungen wichtig. Dient erstere der Entwicklung und Diskussion von sitzungsbezogenen Fragestellungen, d.h. einer rationalen Thematisierung und Fundierung gesund-heitspolitischer Themen, muß zumindest die zeitliche Möglichkeit zum Nachfassen und für Zusatzrecherchen oder vergleichbare Aktivitäten vorhanden sein. Nur dann ist von einer ausreichenden Vorbereitungsfunktion der Vorbesprechung in einem rationalen Entscheidungsfindungs- und -vorbereitungsmodell zu sprechen.

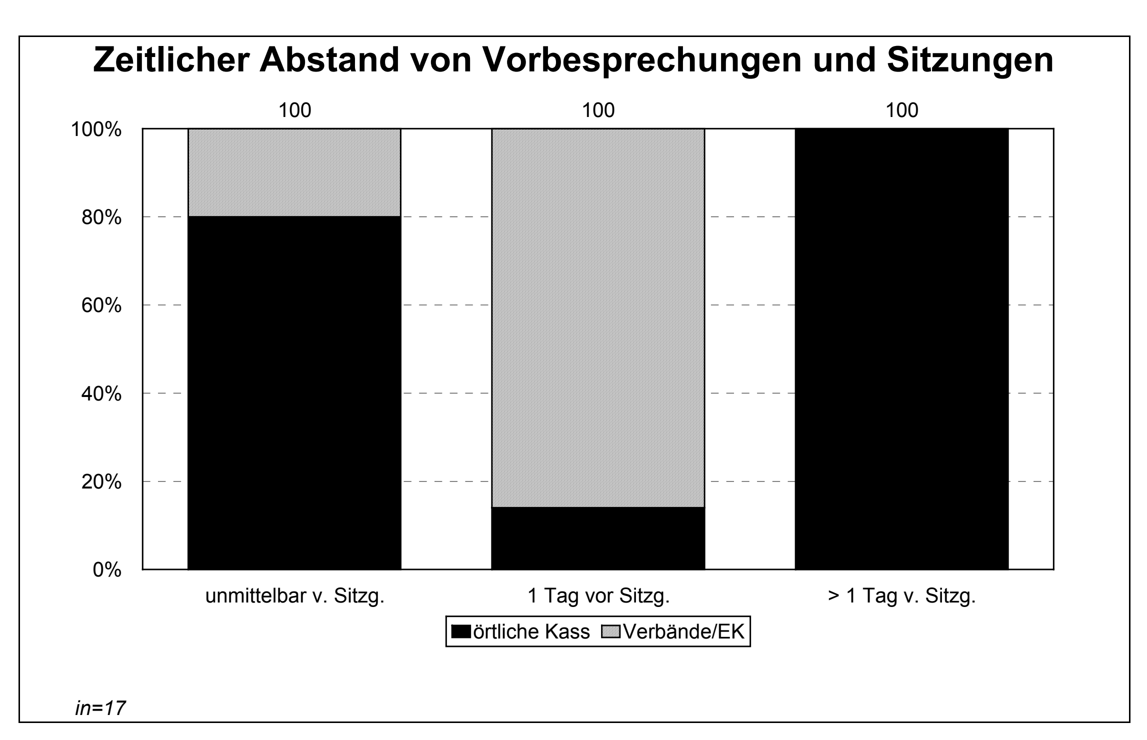


Abbildung 21: Zeitlicher Abstand von SV-Vorbesprechungen und Sitzungen

Auf der Basis unserer Beobachtungen muß von einer unzureichenden Konfiguration dieser beiden Elemente bzw. Ebenen gesprochen werden. Obwohl die Vorbesprechung häufig eine bedeutende Stellung im Meinungsfindungs- und -bildungsprozess darstellt, ist die Ausnutzung ihrer Möglichkeiten schon allein wegen ihrer oftmals engsten zeitlichen Nähe zur Sitzung nicht optimal.

Bei einer Beurteilung des inhaltlichen Ablaufs von SV-Organsitzungen aus organisationssoziologischer Sicht sind die eben genannten Daten zu den äußeren Bedingungen als Restriktion mitzureflektieren.

Der nächsten Übersicht liegt die normative Grundüberlegung zugrunde, daß die SV-Organtätigkeit umso positiver zu beurteilen ist, je intensiver und auch spontan-aktuell die thematische Arbeit in den Sitzungen verläuft.

Das Auftreten "neuer" Fragen, d.h. einer nicht durch die Tagesordnung abschließend geregelten inhaltlichen Diskussion, liegt z.B. dann vor, wenn anknüpfend an ein Referat über die Rolle des Vertrauensärztlichen Dienst eine ausführliche, kontroverse und vorwärtsgerichtete Debatte über den Krankenstand stattfindet.

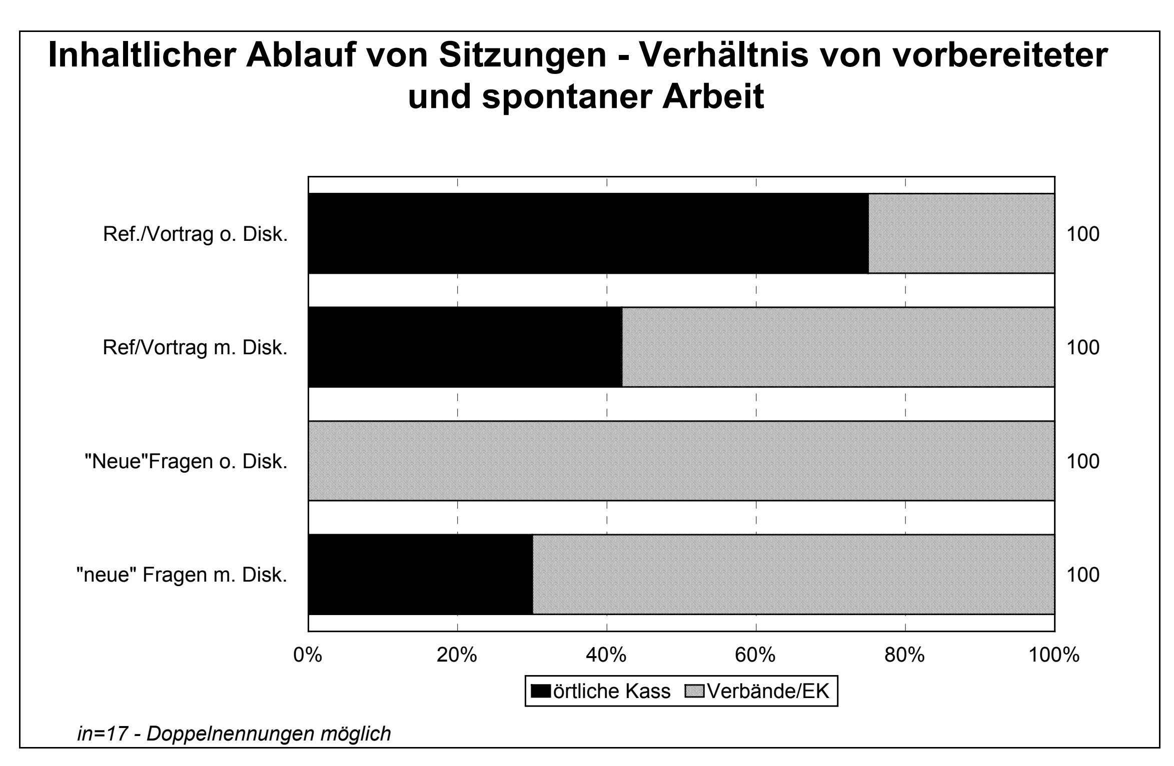


Abbildung 22: Inhaltlicher Ablauf von SV-Sitzungen

Zusammenfassend überwiegen in unseren Beobachtungssitzungen Sitzungsverläufe, die nahezu keine Überraschungen in sich bargen und entsprechend geringe Ausspracheanteile aufweisen. Für Innovationsdiskussionen jeglicher Art heißt dies ziemlich deutlich, daß sie leicht als "Störfaktor" abstempelbar sind, welche die strukturellen Verfestigungen bzw. Rituale zu beeinträchtigen in der Lage sind. Dies heißt anders ausgedrückt, daß wir die geläufigen Ablauftypen nicht einfach als leicht korrigierbare und subjektiv der spontanen "Faulheit" geschuldete Phänomene, sondern als strukturelle Barrieren in der Eigendynamik dieser Organe ansehen müssen.

Die Aktivitäten der Versichertenvertreter werden wiederum zuerst qunantitativ dargestellt. In der folgenden Übersicht geschieht dies in Gestalt der unterschiedlichen Beteiligung der Mitglieder mit Beiträgen in den Debatten der SV-Organe.

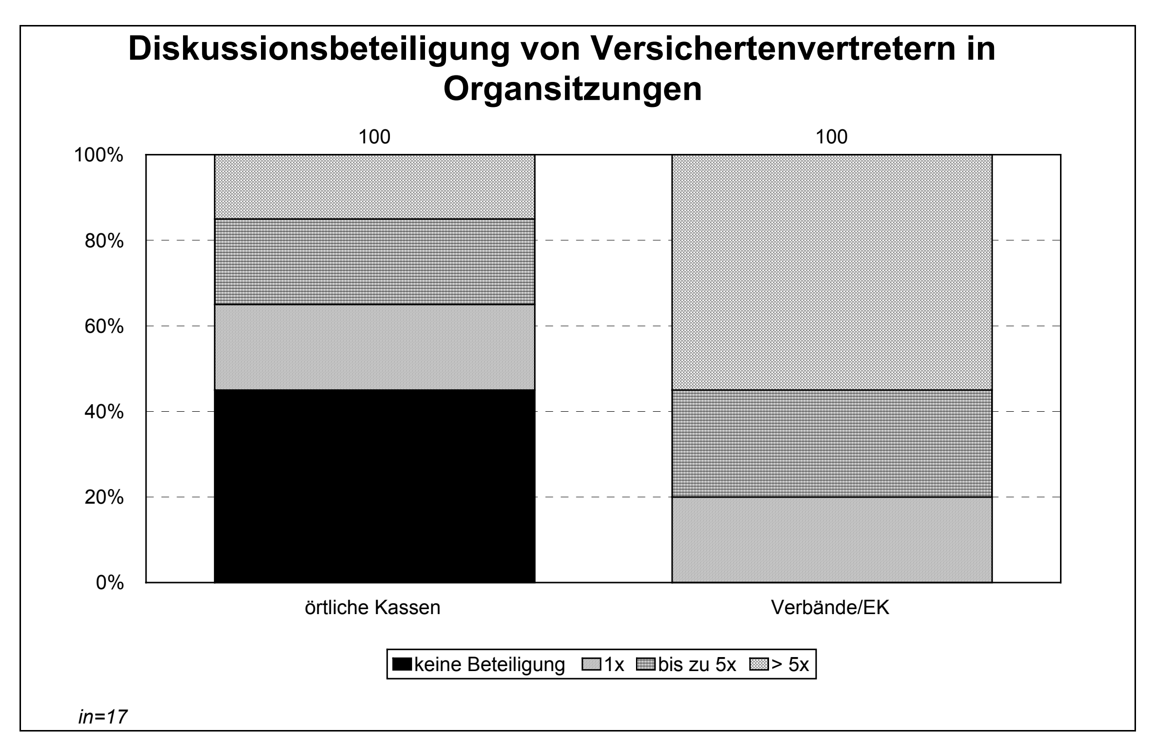


Abbildung 23: Diskussionsbeteiligung von Versichertenvertretern in SV-Organsitzungen

Auch hier ist ein eher unteraktives Verhalten zu verzeichnen. Dabei muß gesagt werden, daß die Beteiligung auch von einer gezielten Vorbereitung in den Vorbesprechungen abhängig ist. Dies weist erneut auf die Wichtigkeit des zeitlichen Abstandes beider Sitzungen hin.

Versucht man die Beteiligung bzw. Nichtbeteiligung der Versichertenvertreter inhaltlich zu beurteilen, bieten sich u.a. ihr artikuliertes Verhältnis bzw. ihr Umgang mit den Arbeitgebervertretern, dem Vorstand (aus der Sicht der VV) und der Geschäftsführung an. In dieser ersten Auswertung wollen wir uns nur auf das zuletzt genannte Verhältnis konzentrieren. Teilt man das Beziehungsfeld in die Typen (Mehrfachnennungen möglich)

- passives Verhalten gegenüber der Geschäftsführung und kurze Rückfragen

- Befragen der Geschäftsführung zu den von ihr vorgetragenen Positionen und

- Befragen/Verlangen nach Auskunft in **nicht** von der Geschäftsführung selbst angeschnittenen Themenfelder

auf, dann ergibt sich folgendes Bild: Der erste Typ liegt in 8, der zweite in 7 und der letzte Typ in 4 Fällen vor.

9.1.3.3 Grundzüge einer Mängel- und Defizitanalyse als Ergebnis der teilnehmenden Beobachtung

Wir wollen unsere weiteren Beobachtungen über Mängel in manifeste und latente Mängel der SV einteilen. Mit dieser Aufteilung folgen wir einem Vorschlag v. Ferbers, der unter manifesten Mängeln jene Mängel verstanden wissen wollte, die diskutiert und "auf Befragen genannt" werden und teilweise so thematisiert sind, daß sie "bereits Selbstrechtfertigungscharakter besitzen."[272] Latente Schwächen werden dagegen nicht bemerkt und "stellen die nicht bedachten Folgen dessen dar, was als wesentliche Aufgabe" der SV angesehen wird.[273]

Während bei der Analyse der Resultate der von uns durchgeführten Intensivinterviews die manifesten Schwächen im Vordergrund standen, rückt im Kontext der teilnehmenden Beobachtung mehr die Identifikation latenter Schwächen und Mängel in den Mittelpunkt.

Die oft beklagte Verrechtlichung der gesundheitlichen Versorgung im Rahmen der GKV und eine lange Zeit ausgeprägte Tendenz der Sozialversicherung, Einzelfälle zu betrachten, lassen die SV und ihre Tätigkeit als eine ausgesprochene **"Sozialversicherungs-Expertenveranstaltung"** erscheinen. An ihr kann sich das einzelne SV-Mitglied entweder nur aufgrund quasi-juristischer, autodidaktischer Qualifikation, wegen eines Alterserfahrungs-Vorsprungs, der Entscheidungen auf der Basis langjähriger Vergleichsmöglichkeiten trifft oder auf der Basis von hierarchisch begründeten Qualifikationsvorsprüngen optimal beteiligen. Sehr allgemein bezeichnen einige Autoren dies als einen umfassenden "Entdemokratisierungsprozeß der GKV."[274] Dies bedeutet u.a.:

- eine äußerst langwierige Integration neugewählter SV-Mitglieder in die aktive Arbeit

- eine nicht nur dem tatsächlichen Kompetenzgefälle (bezogen auf das ständige GKV-Handeln) entsprechende Hierarchievorstellung vom Verhältnis von Vorstand zu Vertreterversammlung

- und ein ähnliches Oben-Unten-Verhältnis von örtlicher Kasse und Landesverband, sowie diesen und dem Bundesverband das lebendige, d.h. problemadäquate Aktivitäten behindert.

Der erste Mangel drückt sich u.a. in oft hörbaren Klagen darüber aus, man sei, obwohl vor 2 Jahren in das Organ gewählt, noch "Grünling". Dabei wird die Arbeitspraxis der SV gerade gegenüber Qualifikationsforderungen

"junger" SV-Mitglieder und oft gegen jegliche Neuerungsforderungen ins Feld geführt: Es handle sich um "berechtigte Fragen, aber auch um Themen für wochenlange Diskussionen und Schulungen."

Bei relativ "jungen" SV-Mitgliedern überwiegt dann sehr leicht intern die Einschätzung, "keine Diskussion über Finanzausgleich im Plenum (zu) führen, da wir davon noch zu wenig Ahnung haben". Außerdem verbreitet sich häufig ein selbsteinschüchterndes Gefühl, "andere sind besser vorbereitet."

Der zweite Mängelkomplex ist nicht zuletzt deshalb ein Problem, weil zum einen diese Probleme der faktischen, aber nicht unbedingt kodifizierten Übermacht des Vorstandes im Gesamthandeln der SV zwar gelegentlich angesprochen[275] werden, aber dies ohne Konsequenzen bleibt.[276] Zum anderen muß nichts kritischer beurteilt werden als der schleichende Verfall bzw. die augenzwinkernde Selbstbescheidung dieser Art von Akteuren.

Oftmals ist die resignative Klage in Vertreterversammlungen zu hören, im Vorstand werde "fast alles fix und fertig vorgeklärt". Die VV erscheint "ein bißchen sinnlos", viele langjährige VV-Mitglieder sind von dieser Arbeit "enttäuscht", eine "Selbstläufermentalität" greift um sich. Umgekehrt, also aus der Sicht einiger VS-Mitglieder, wird diese Situation lediglich so gesehen, daß "ich der VV die Kontrolle des Vorstands und der Verwaltung vortragen muß nach dem Motto: Was müßt ihr machen." Unter diesen Umständen verwundert es nicht, wenn sich VV-Mitglieder als "Gesangsverein" empfinden. Diese Art von letztlich bremsender Hierarchisierung setzt sich im Raum zwischen den Verbänden und den Einzelkassen, aber auch zwischen den Landesverbänden und den Bundesverbänden fort. So bezeichnet die knappe Feststellung eines VV-Mitglieds, "die Entscheidungen fallen im Verband und die VV`s sind Stimmvieh", keineswegs eine krasse Ausnahmesituation.

Ein Mitglied eines Landesverbands-VS sieht seine Stellung in diesem Organ von dem Ruf dessen geprägt, "der aus Bonn (kommt)"[277] , während ein anderes Mitglied eines solchen Landesverbandsorgans feststellt: "Man muß im Landesverbandsvorstand sein, sonst hat man Durchsetzungsprobleme vor Ort." Dasselbe SV-Mitglied beklagt aber auch, daß "es...schon schwierig (ist), LdO-Sachen (LdO ist ein Landesverband der Ortskrankenkassen – d. Verf.) bei der AOK unterzubringen."

Eine der praktischen Kehrseiten dieser sicherlich durch die gesetzlich abgesicherte "starke" Stellung der Verbände geprägten und beförderten Si-

tuation wird auch auf Verbandsebene gelegentlich selbstkritisch gesehen: "Wir sind noch glücklich, wenn wir uns um jede Kleinigkeit kümmern."

Die SV wird von zahlreichen ihrer Akteure als **politikfreie Sphäre** in dem Sinne gesehen, daß politisch-kontroverse Positionen durch die Betonung einer quasi über den Parteien stehende Versichertenverpflichtung bzw. -ideologie aus dem Kreise der GKV und SV ausgesperrt werden. Es wird z.B. daran appelliert, als SV "nicht zu weit aufs politische Feld vorzudrängen, stattdessen lieber sich auf die Versichertengemeinschaft zu konzentrieren."

Andersherum wird oft betont, man sollte "unsere Kasse möglichst schonen", wenn es z.B. um die Konsequenzen eines Gesetzes geht. Genau in dieselbe Kerbe schlägt eine Meinung, die hervorhebt, die SV schütze "das Gemeingut." Der Rückzug auf die Belange der Versichertengemeinschaft erfolgt aber letztlich auch nicht konsequent, denn ein wesentlicher Mangel der SV ist ihre Ferne gerade auch zur Versichertenöffentlichkeit. Eine offensive Bezugnahme auf diese Öffentlichkeit oder auf Öffentlichkeit allgemein hieße nicht nur eine bessere Public-Relations-Politik zu betreiben, sondern vor allem auch eine gezielte und systematische Bedürfnis-, Bedarfs- und Wirkungsanalyse durchzuführen.

Ergänzend dazu muß festgestellt werde, daß die SV-Sitzungen, d.h. die einzig rechtlich öffentliche Sitzung der VV vorsätzlich oder durch die Art und Weise der Problemabarbeitung und -lösung **vor** der entsprechenden Sitzung für jegliche Öffentlichkeit überwiegend uninteressant sind. Für die erste Variante steht eine Strategie, den öffentlichen Teil der VV "auf 2-3 Minuten" zu begrenzen und den Rest nichtöffentlich zu veranstalten. Insgesamt dominiert ein technokratisches Verständnis des "Gut-über-die-Bühne-Gehens".

Es ist problematisch, wenn in einer VV-Sitzung unterstrichen wird, es hätte "bis jetzt Gott sei Dank kein Streit" stattgefunden, äußerst problematisch wird aber der Verzicht auf die Artikulation von Minderheitspositionen mit der Begründung, man werde "Alleinunterhalter und Buhmann". Das gleiche gilt für die fast durchgängige Antizipation des Scheiterns und einem sich darauf aufbauenden Verzicht auf eigenes aktives und offensives Auftreten, was sich z.B. in der Aussage eines Teilnehmers einer Vorbesprechung verdichtet, die andere Fraktion stimme "morgen ab und dann sind wir weg vom Fenster".

Die Kassen- und SV-Praxis wird mehr unter dem Gesichtspunkt der Werbewirksamkeit als unter der Demonstration problemadäquater Gesundheitspolitik gesehen. Es wird in diesem Sinne zur Leitlinie erklärt, daß die GKV-Organe "ein Minimum sicherstellen (wollen), um Vorteile der Kasse zu demonstrieren". Entsprechend verlagert sich das Gewicht der SV auch mehr auf "Entscheidungsfragen und Handelsobjekte" (E.Jahn) als auf Gestaltungs- und Transparenzfragen.

Auf die weitverbreitete Meinung innerhalb und außerhalb der SV, sie habe aufgrund der geltenden gesetzlichen Regelungen keine Spielräume mehr, ist schon an anderer Stelle kritisch eingegangen worden.

Dabei spielt konkret in Sitzungen eine Art generelle Regelungsbefürchtung gegenüber staatlichen Einrichtungen (z.B. Versicherungsaufsichtsämter) eine beherrschende Rolle. Die Antizipation dieser externen Regulierung spielt dabei eine große Rolle. Jeder eigene oder oktroyierte Zweifel "ob diese Vorgehensweise wohl rechtens sei" oder auch Einwände der Geschäftsführung, man müsse zuerst einmal die Rechtmäßigkeit dieser oder jener Maßnahme prüfen, blockieren unter diesen Voraussetzungen nachhaltig Initiativen alternativen gesundheitspolitischen Zuschnitts. Aus Angst vor der Aufsicht wird eine Initiativ-Selbstlähmung bevorzugt. Diese Fixierung auf eine Art Allmacht der Rechtsaufsicht führt auch dazu, daß sich Mitglieder einer VV die Vorlage einer Vorbemerkung zum Haushaltsplan mit der Bemerkung, "hier handelt es sich um die Begründung gegenüber dem Versicherungsamt" vorenthalten läßt.

Anknüpfend an unseren Beobachtungen zur "Politikfreiheit" der SV funktioniert sie als paritätische oder dort wo es keine erklärten Arbeitgebervertreter gibt als multifraktionelle Institution auf der Basis einer weitreichenden Vorstellung von Harmonie und Konfliktfreiheit. Die notwendigen Einigungs- bzw. Abstimmungsprozesse werden oftmals nicht als politischer und auch evtl. nichtlösbarer konfliktiver Vorgang, sondern als lästiger "technischer Zwang" zur Einigung gesehen.

Eine Konfliktartikulation und -regulation wird dem Organ vorgelagert, was sich in Äußerungen wie der zeigt, "daß es nicht ohne die Fraktion der Interessengemeinschaft (geht), weshalb wir uns vorher mit ihr einigen" müssen. Die bestehenden Konflikte werden zum einen durch den völlig gegenüber der Öffentlichkeit abgeschirmten Abstimmungsprozess in Kommissionen und Ausschüssen entpolitisiert, sodaß dem nachfragenden Beobachter lediglich davon erzählt werden kann.

Eine aktive Einbeziehung der Versicherten und deren Mobilisierung für ihre Interessen wird so systematisch - zumindest was die Organforen anbelangt - verhindert.

Zum anderen herrscht aber eine starke Fixierung auf allgemeine Harmonie- und Gemeinwohlkonzeptionen vor. In diesem Klima gedeihen die eindeutig konfliktorisch angelegten Regelungen der RVO (z.B. der § 384 RVO aber auch der § 223 RVO) nicht, die einen Gestaltungsspielraum gegen Arbeitgeber und Leistungsanbieter zumindest andeuten.

Exkursartig möchten wir zur Untermauerung unserer Beobachtungen etwas ausführlicher auf die Bemerkungen eingehen, die sich im Zusammenhang mit detaillierten Erläuterungen der von den Spitzenverbänden herausgegebenen Muster-Geschäftsordnungen für SV-Organe zur Philosophie bzw. zum politisch-ideologischen Geist der SV-Organe und ihrer Arbeit finden lassen. Dies erscheint uns deshalb wichtig, weil wir beobachten konnten, daß der Buchstabe und der Geist dieser Art normativer Rahmenbedingungen in vielen Fällen wirken.

EXKURS: Zur Ideologie der SV-Organsitzungen

Wir beziehen uns hier auf einen der anerkanntesten Kenner der Praxis der Organe in der GKV, Th. Siebeck[278], der diese zugleich praktisch mitprägte. Alle Seitenangaben, soweit sich keine anderen Angaben finden, beziehen sich auf diese Schrift von Siebeck.

Interessant ist bereits die allgemeinste Begründung der Geschäftsordnung (GO). Sie wird nicht etwa schwerpunktmäßig als Binnenregelungsinstrument zur Abwicklung inhaltlicher Geschäfte der SV-Organe gesehen, sondern ihr wird vor allem die Funktion zugewiesen, die Einhaltung bestimmter Regeln zu gewährleisten, "schon um die **Geschlossenheit nach außen** zu gewährleisten." (S.12)

Welche prinzipielle operative Bedeutung dieses Verständnis hat, zeigt sich bei der Betrachtung des diese Position beflügelnden **Kollegialsystems**, das wohl als konstitutiv für die SV betrachtet werden kann. Mit diesem Prinzip, "das Entscheidungen aus gemeinsamer Einsicht und Erfahrung anstrebt, wäre es nicht zu vereinbaren, wenn sich die Organmitglieder in der Sitzung überraschenden Situationen ausgesetzt sähen, auf die sie nicht vorbereitet sind." (S.59)

Um diese Spontaneitätsbremse auch noch zu komplettieren, gebietet die Muster-GO, daß nachträgliche Änderungen oder Ergänzungen der GO ei-

ner gruppenübergreifenden Mehrheit bedürfen, also a priori konsensfähige Themen sein müssen.

Zusammenfassend: "Es ist zu berücksichtigen, daß das Kollegialprinzip die Pflicht (!) zur Beratung und ggf. zur Abstimmung einschließt, wenn dies von der Mehrheit der Mitglieder verlangt wird." (S.62)

Hier steht also dem "Recht auf Gewährleistung einer sachgerechten Ausübung des Amtes" (S.45) noch nicht einmal ein Recht auf Beratung bei Paritätenpatt gegenüber.

Der einzige Lichtblick ist die "verbreitete Übung", auf Sitzungen von SV-Organen routinemäßig den Punkt "Anfragen und Mitteilungen" einzufügen, zu dem auch aktuelle Elemente in die Debatte eingebracht werden können. Mit der erheblichen Einschränkung, dabei keine förmlichen Beschlüsse fassen zu dürfen, besteht so wenigstens die Möglichkeit, "Maßnahmen in die Wege zu leiten" (S.64), die "zweckdienlich" sind. Hier sind also Ansatzpunkte für gezielte, z.B. auf Informierung durch die Geschäftsführung dringende Anfragen gegeben. Aber auch hier kann die Vorschrift der GO, daß sich alle Beteiligten vor der Aufstellung der Tagesordnung über diese ins "Benehmen" setzen müssen (§ 5, S.53), schon bremsend wirken.

Bezeichnenderweise taucht die Funktionsbeschreibung der SV-Organe ausführlicher wieder bei der Kommentierung der Befugnisse des Leiters von Organsitzungen auf. Dieser Sitzungsleiter hat als wesentliche Aufgabe die "Aufrechterhaltung der Sitzungsdisziplin" (S.75), notfalls mit dem Mittel des Wortentzugs, zu bewältigen.

Aber nicht nur Gewalt- und Zwangsmittel stehen zur Verfügung. Es wird die richtige Einstellung und Gesinnung zum und über den korrekten Ablauf der Sitzung verlangt. Dieser Typ von Ablauf ist nämlich "am ehesten bei einer fairen und loyalen Einstellung aller Organmitglieder gewährleistet" (S.78). Und schließlich:

> *"Beratungen und Beschlussfassungen...haben den Zweck, unterschiedliche Standpunkte und Interessen zur Geltung kommen zu lassen. Der Vorsitzende muß über den Gruppen stehen. Seine Aufgabe ist es, der Diskussion möglichst freien Lauf zu lassen, jedoch mit Umsicht und Einfühlungsvermögen zu einem Ausgleich der Standpunkte beizutragen." (S.78)*

In dieses in gewisser Weise entpolitisierte Harmonisierungsmodell passen sich die Ausführungen im Zusammenhang mit Fragen der Vertraulichkeit

und des Schutzes des Sozialgeheimnisses ein. So sieht Siebeck eine "Pflicht zu vertraulicher Behandlung von gewissen Gegenständen (!? -d. Verf.) auch außerhalb der nichtöffentlichen Sitzung." (S.147)

Die Begründung für das generell nichtöffentliche Tagen der Vorstände und das ausdrückliche Betonen des Vertraulichkeitsgebotes hinsichtlich des Verlaufs dieser Sitzungen und auch der Besprechung von nichtvertraulichen Punkten, zeigt ein weiteres Mal die Begrenztheit des Umgangs mit Organinformationen im Kalkül der SV-Rechtsetzung. Dieses Gebot "verfolgt nicht nur Schutzzwecke, es fördert auch die Bereitschaft zu freier und unbefangener Meinungsäußerung, wie sie von den Organmitgliedern erwartet wird." (S.147) Die damit gesetzten Thematisierungs- und Artikulationsbarrieren sind auf jeden Fall vorhanden.

Schließlich und endlich kommt auch Siebeck auf ein dem gesamten SV-Geschehen innewohnendes "Spannungsverhältnis" (S.173) zu sprechen. Es wird aber in der Folge so unspezifisch verstanden, daß auch dieser Ansatz im schon bekannten Fahrwasser landet:

> *"Die Tätigkeit der Selbstverwaltungsorgane soll neben (!) den Interessen der Versicherten und Arbeitgebern auch (!) dem Gemeinwohl dienen." (S. 173 - Hervorh. d. d. Verf.)*

Einen gewissen Kulminationspunkt erreicht diese Strategie in den Bemerkungen zum Begriff des Amtes. Diese sind insofern für den realen Geist der SV-Tätigkeit von Interesse, als daß der Amtsbegriff inhaltlich noch nicht gesetzlich normiert oder in der Praxis fest definiert worden ist. "Amt" ist vor allen Dingen ein "Kreis von Pflichten", dem auch "Rechte gegenüberstehen." (S.178) Wichtig ist dabei nicht nur die Überpointierung der Pflichten, sondern die Definition der Wahrnehmung des Amtes als "Rechtsverhältnis zwischen dem Organmitglied und dem Versicherungsträger." (S. 178)

Ein direkter Klientel- oder Wahlpublikumsbezug wird in diesem sog. "ehrenamtlichen Organschaftsverhältnis" definitionsgemäß ausgeschlossen. Auch der Hinweis, das Organmitglied nähme eine selbstverantwortliche Stellung ein und sei schließlich nur seinem Gewissen - dies allerdings im Rahmen von Gesetz und Satzung - unterworfen, reicht u.E. nicht aus, die starke Anbindung an den Versicherungsträger als Körperschaft öffentlichen Rechts grundsätzlich zu relativieren.

Dieser Eindruck wird eher noch verstärkt, wenn man sich die Anmerkungen zur persönlichen Wahrnehmung des Amtes in Verbindung mit den Ausführungen zur Haftung des Amtsinhabers genauer betrachtet.

Auch hier fehlt nicht der Hinweis auf die Begrenzung der Selbstgestaltung durch die SV "im Rahmen der gesetzlich gesteckten Zuständigkeit" (S.180) Interessant ist aber ferner, daß außer dem globalen Hinweis auf § 30 Abs. 1 SGB IV, der diese Norm enthält, keine detaillierten oder wenigstens exemplarischen Hinweise auf konkrete Zwecke für diese öffentlichen Funktionen gegeben werden.

Dies ist um so verwunderlicher, als im Zusammenhang ausdrücklich hervorgehoben wird, daß das einzelne Organmitglied "die in den Bereich dieser Zuständigkeiten fallenden Aufgaben auch **vollständig erfüllen muß."** Wie dies ohne die Detailkenntnisse der Zuständigkeiten funktionieren soll, bleibt unklar. Hier überwiegt der Verdacht, es handle sich bei dieser Argumentation um eine Generalabwehr gegenüber überbordenden SV-Ansprüchen.

Diese Ansprüche sollen sich - trotz geänderter Formulierung im Selbstverwaltungsrecht (vgl. S.180) - auf die "Treuepflicht gegenüber dem Versicherungsträger", auf die Pflicht zu einer "getreuen Geschäftsführung" und nicht zuletzt auf "amtliche Pflichten", "die gewissenhaft, selbstlos und verantwortungsbewußt zu erfüllen sind" (S. 180), beschränken. Nicht ohne einen erneuten Hinweis auf die Gemeinwohlverpflichtung des SV-Handelns gipfeln die Ausführungen schließlich in der Bemerkung:

> *"Wer die Funktionen seines Amtes mit **konsequenter Sachlichkeit** erfüllt, handelt in Wahrnehmung berechtigter Interessen, also niemals widerrechtlich." (S.180)*

9.2 Hauptergebnisse der schriftlichen Befragung von Versichertenvertreter in Selbstverwaltungsorganen

9.2.1 Allgemeine Strukturen der Befragungsgruppe

Wie mehrfach kritisch ausgeführt, gab es bisher keine umfangreicheren empirischen Untersuchungen der SV und daher auch keine mittels schriftlich standardisierter Befragungsinstrumente. Dies hat grundsätzliche forschungspraktische aber auch theoretische Gründe. Die eher theoretischen Gründe sind die gerade in der Sozialpolitikforschung verbreiteten Vernachlässigungen akteursanalytischer bzw. formelle Sozialpolitikprozesse

untersuchende Ansätze, die durchaus mit einer weitgehenden Abstinenz gegenüber wirkungsanalytischen Studien z.B. der GKV-Aktivitäten korrespondieren. Die ebenfalls nicht besonders elaborierten Bedingungsanalysen sozialpolitischen Handelns werden jedenfalls kaum oder nicht durch Untersuchungen der subjektiven Strukturen und Einstellungen ergänzt.

Es gibt aber auch praktische Gründe für diese "weißen" Flecken, die ihrerseits die theoretische Abstinenz bedingen oder fördern: Es gibt trotz einer entwickelten Bürokratie im Bereich der GKV und auch der SV wie z.B. der Büros der Bundes- und Landeswahlbeauftragten für die Sozialwahlen, wie den bei den meisten Bundes- und Landesverbänden aller Kassenarten existierenden SV-Büros, sowie den bei vielen großen Kassen genau abgegrenzten SV-Betreuungsaufgaben in den Funktionsbeschreibungen von Geschäftsführungs-Assistenten und nicht zuletzt den Betreuungs- und Verwaltungsapparaten bei den örtlichen DGB-Verwaltungen und einiger Einzelgewerkschaften noch nicht einmal eine genaue bundesweite Übersicht zur **Anzahl der Selbstverwaltungsmitglieder**. Ganz zu schweigen ist von weiteren sinnvollen und für eine Beurteilung des Zustands und der zukünftigen Entwicklung notwendigen Kenntnisse z.B. über die Geschlechts-, Alters- und Funktionszusammensetzung. Wenn überhaupt etwas zu Quantitäten gesagt wird, geschieht dies auf der Basis von teilweise heroischen Hochrechnungen.[279] Jede Initiative für eine repräsentative Befragung steht daher schon vor dem enormen Problem, daß sie nicht einmal über die allergröbsten Kenntnisse zum Umfang und Struktur ihrer Grundgesamtheit verfügt.

Gerade bei der zergliederten Gesamtstruktur der GKV und dem schon bekannten internen Macht-. Interessen- und Bewußtseinsgefälle z.B. zwischen VV und VS besitzt die Frage der Repräsentativität nicht nur eine lästige formale, sondern eine eminent inhaltliche Bedeutung.

Im Gegensatz zu anderen gesellschaftlichen Teilbereichen verschärft sich das Problem des wissensgesteuerten Zugangs zum Forschungsfeld in der GKV noch durch ein nicht neuartiges aber dennoch akut sich unerwartet auswirkendes aktives Informationsblockadeverhalten der Krankenkassen. So erfordert allein der Versuch, Zugang zum Adressenmaterial von Selbstverwaltungsmitgliedern aller GKV-Kassen unterhalb der Ebene zentralisierter Verwaltungsdaten zu gewinnen, einen nicht einkalkulierten Zeitaufwand. Trotz formaler Erinnerungen und inhaltlich differenzierter Begründung für dieses Begehren [280] waren diese Bemühungen in einer größeren Anzahl von Kassen nicht mit Erfolg gekrönt. Im Zentrum der inhaltlichen Begründungen für Weigerungen, Adressen zu überlassen stehen der

Daten- und Geheimnisschutz. Diese waren auch nicht durch Hinweise auf das mehrfach öffentliche Geschehen von der Kandidatur bis zur vorgeschriebenen öffentlichen Bekanntmachung der Wahlergebnisse und das explizit öffentliche Amt zu erschüttern. Politisch und funktional müßte es für die SV, die freilich teilweise selber an diesen Informationsverweigerungen mitgewirkt hat, geradezu erwünscht sein, öffentlich bekannt zu sein. Insoweit sind diese Restriktionen bei der Bildung der Grundgesamtheit auch nicht nur technische Probleme, sondern werfen ein bezeichnendes Licht auf das Verhältnis von SV/GKV zur Öffentlichkeit.

Wegen dieser Probleme greift die hier durchgeführte empirische Untersuchung zu gesundheitspolitischen Einstellungen, Problembewußtsein und internen Strukturen der SV auch nicht auf eine repräsentative Stichprobe der GKV-SV zurück. Sie basiert stattdessen auf der Totalbefragung aller Teilnehmer an sämtlichen seit 1981 an der DGB-Bundesschule in Niederpöcking stattgefundenen Fort- und Weiter-bildungsveranstaltungen für gewerkschaftlich organisierte Selbstverwalter in der GKV sowie der Teilnehmer an einem regionalisierten Modellversuch zur Qualifizierung von gewerkschaftlichen SV-Mitgliedern in den DGB-Kreisen Hamburg, Bremen, Darmstadt und Augsburg.

Da diese Gruppe insgesamt und damit auch jede ihrer Teilmengen nicht-repräsentativ ist und mehrfache Verzerrungen in sich birgt, soll sie vor ihrer weiteren Bewertung noch etwas ausführlicher dargestellt werden.

Die nächste Übersicht zeigt genauer, wie sich die Teilnehmer an den Lehrgängen der Bundesschule des DGB in Niederpöcking, die aus der gesamten Bundesrepublik kommen, zusammensetzen.

Merkmale	Absolut	In %
Männlich	532	90,5
Weiblich	56	9,5
20-30 Jahre	7	1,2
30	76	12,9
40	201	34,2
50	222	37,8
60	65	11,0
Älter als 60 Jahre	17	2,9
Meister	17	2,9
Angestellter	39	6,6
kaufm. Angestellter	28	4,8
techn. Angestellter	32	5,4

Facharbeiter	144	24,5
un-/angelernter Arbeiter	114	19,4
Gewerkschaftssekretär	109	18,5
Rentner	47	8,0
sonstige (z.B. freigest. BR, Beamte, Selbständige)	58	9,9
Teilnehmer mit Mehrfachteilnahmen insgesamt – Daten zum Zeitpunkt der Teilnahme		

Tabelle 17: Soziale Merkmale der Teilnehmer an SV-Bildungsveranstaltungen der DGB-Bundesschule Niederpöcking 1982-87

Dabei gibt es bei den insgesamt 588 gezählten Teilnehmern einige Doppel- und Mehrfachteilnehmer, die ungefähr in der Größenordnung von 60 Teilnehmern abgezogen werden müssen. Es sind also 520 "echte" Teilnehmer im Verlaufe von 5 1/2 Jahren gewesen.[281] Einige markante Verzerrungen der Teilnehmerstruktur zeigen sich, wenn man sie an einer - allerdings vagen - Gesamtstruktur der SV-Mitglieder mißt. Die Teilnehmer sind mehrheitlich Männer und selbst ein leicht geförderter Wandel der Geschlechterverhältnisse in den letzten Jahren schlägt sich im Gesamtergebnis praktisch nicht nieder. Wenn die Seminare konzeptionell auf die Qualifikation von noch "amtsjungen" aktiven Funktionären ausgerichtet sind, waren und sind die Teilnehmer viel zu alt.

Bei Betrachtung des beruflichen Status fällt wiederum mit 8% der relativ hohe Anteil der Rentner auf, der so hoch wie der Anteil kaufmännischer und technischer Angestellter ist. Bemerkenswert hoch ist auch noch der Anteil der Gewerkschaftssekretäre, der sicherlich auch in der Gesamt-SV relativ hoch ist. Sie, dies zeigen differenziertere Auswertungen, stellen aber immerhin den Großteil der wenigen jungen Teilnehmer.

Die berufsspezifische Alterszusammensetzung haben wir in der nächsten Übersicht ein wenig transparenter gemacht. Während 62,8% der teilnehmenden Gewerkschaftssekretäre unter 50 Jahre alt waren, betrug dieser Anteil unter den Teilnehmern mit anderen Berufen nur 45,1%.

	Gewerkschaftssekretäre		Alle anderen Berufsgruppen	
	Abs.	%	Abs.	%
20-30 Jahre	0	-	5	1,1
30-40 Jahre	25	23,8	49	10,5
40-50 Jahre	41	39,0	156	33,5
50-60 Jahre	32	30,5	183	39,4
60-65 Jahre	7	6,7	55	11,7
älter als 65 Jahre	-	-	17	3,7

Anmerkung: aus technischen Gründen sind 18 Teilnehmer nicht in diese Berechnung eingegangen, was aber das Ergebnis nicht verzerrt

Tabelle 18: Alterszusammensetzung der Teilnehmer an DGB-SV-Bildungsangeboten nach Berufsgruppen

Insofern kann bei den Gewerkschaftssekretären noch mit einigem Recht von einer Nachwuchsschulung gesprochen werden. Trotzdem zeigt sich schon an der Oberfläche die höchst heterogene Zusammensetzung der Teilnehmer.

Der Arbeiteranteil von 43,9 % ist - verglichen mit der Sozialstruktur der Gewerkschafts- und GKV-Mitgliederstruktur - relativ niedrig, wenn auch ein Teil der Arbeiter in der Gruppe "sonstige" stecken könnte.

In der nächsten Übersicht sind noch einige Daten zur Teilnehmerzusammensetzung nach Funktionen zum Zeitpunkt der Seminarteilnahme erfaßt.

SV-Funktion	Anzahl
Vorstandsvorsitzende	9
Vorstandsmitglieder	30
Vorsitzende Vertreterversammlung	1
Mitglied Vertreterversammlung	43
sonstige Vertreter	11

Tabelle 19: SV-Funktion der Teilnehmer an Bildungsveranstaltungen zum Zeitpunkt der Teilnahme

Da diese Daten nicht routinemäßig erfaßt werden, kann der Verfasser lediglich auf eine kleinere Beobachtungsgruppe und ihre diesbezüglichen Angaben zurückgreifen. Aber auch sie sind höchst interessant.

Homogener werden die Seminarteilnehmer beim Betrachten des sog. "SV-Alters", d.h. dem Alter in dem ein SV-Amt begonnen wird.

Von insgesamt 49 Fällen sind 38 erst nach 1980 in die SV gekommen, 7 im Zeitraum 1974-80, 1 im Zeitraum 1968-74 und noch 3 in früheren Jahren.

Interessant bleibt abschließend noch die Analyse der Kassenarten, in denen die von uns untersuchten Teilnehmer ihre SV-Funktionen wahrnehmen. Umgekehrt proportional zur Gesamtzahl und zur streckenweise selbstreklamierten Bedeutung ist die deutliche Unterrepräsentanz von Selbstverwaltern aus BKKen. Insgesamt haben lediglich 23 BKK-, aber 71 AOK-, 4 IKK- und 3 Ersatzkassenvertreter teilgenommen.[282]

Wie sich die insgesamt 118 Teilnehmer an den Modellseminaren in vier DGB-Kreisen insgesamt und genauer zusammensetzen, zeigt die nachfolgende Übersicht:

	Bremen		Hamburg		Augsburg		Darmstadt	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
AOK	22	56,4	12	66,7	17	80,9	36	90,0
BKK	3	7,8	2	11,1	4	19,1	2	5,0
IKK	7	17,9	4	22,2	-	-	2	5,0
Ersatzkasse	7	17,9	-	-	-	-	-	-
Vorstandsmitglied	10	25,6	6	33,3	9	42,9	12	30,0
Vertreterversamm lungsmitglied	29	74,4	12	66,7	12	57,1	28	70,0
Hauptamtlich bei Gewerschaften beschäftigt	4	10,3	2	11,1	6	28,6	6	15,0
Nicht-Hauptamtliche	35	89,7	16	88,9	15	71,4	34	85,0
SV-Mitglied:								
seit 1986	20	51,3	13	72,2	10	47,6	20	50,0
seit 1980	3	7,8	3	-	9	42,9	10	25,0
seit 1974	9	23,0	-	16,7	2	8,5	3	7,5
länger Mitglied	7	17,9	2	11,1	-	-	7	17,5

Tabelle 20: Merkmale der Teilnehmer an den Modellseminaren

Auffällig ist erneut die hohe relative Teilnahme von AOK-Selbstverwaltern. Offensichtlich spielt hier die häufige Personalunion von DGB-Kreisvorsitzendem und AOK-SV-Mitglied eine starke nichtintegrative Rolle.

Neben den jetzt schon bekannt gewordenen Verzerrungen unserer Befragungsgruppe, gibt es aber noch einen bedeutenderen "bias", der mit dem Anlass zusammenhängt aus dem der Kontakt zu den Befragten herrührt: Alle Befragten haben ein überdurchschnittlich positives Verhältnis zu ihrer eigenen Weiterqualifikation, d.h. sie haben die Notwendigkeit eingesehen und "investieren" hierfür z.B. an der Bundesschule eine Woche oder in den Modellseminaren auch eine Woche bzw. 4-5 Wochenenden. Vor einer Teilnahme an einem Bundesschulkurs müssen wegen der relativ privilegierten Position eines Teilnehmers eine Reihe von Selektionsprozessen durchlaufen werden. Dies reicht von den Verhandlungen mit dem eigenen Arbeitgeber über Bildungsurlaub bis zur Auswahl auf DGB-Kreisebene. Dabei werden u.a. Kriterien der bisherigen Qualifikation und des Engagements angelegt. Bis auf wenige Ausnahmen handelt es sich also um eine mehrfach positiv verzerrte Gruppe, die z.B. sehr häufig hauptamtliche,

junge Gewerkschaftsfunktionäre, veränderungswillige Interessierte und schon relativ problembewußte SV-Mitglieder umfasst. Wichtig ist für die weitere Beurteilung dieser Gruppe, daß sie u.E.[283] relativ homogen in diese "positive" Richtung verzerrt ist. Dies bedeutet, daß Selbstverwalter, welche von der unverrückbaren staatlichen Determinanz der GKV/SV oder einer vergleichsweise ehernen Arbeitgeberblockade gesundheitspolitischer Initiativen in der SV ausgehen praktisch nicht in dieser Gruppe vertreten sind.

Daher gilt für eine Analyse der Befragungsergebnisse dieser Gruppe die Grundannahme, daß es bezogen auf die an anderer Stelle geschilderten Handlungselemente einer alternativen Sozialpolitik in einer repräsentativen Stichprobe von Selbstverwaltern schlechter und ineffizienter aussähe als in dieser Gruppe. Wenn es in der hier befragten Gruppe bereits schlecht aussieht, wird es in einer repräsentativen Gruppe noch schlechter aussehen.

Zum praktischen Zustandekommen unserer Befragungsgruppe ist noch folgendes anzumerken: Insgesamt sind 638 Selbstverwalter, darunter 118 Teilnehmer an dem o.g. Modellversuch und 520 Besucher der DGB-Bundesschule Niederpöcking schriftlich um die Beantwortung eines beigelegten Fragebogens gebeten worden. Obwohl der Grund der Einbeziehung in diese Befragung teilweise Jahre zurücklag und obwohl nicht gemahnt wurde, wurde der Fragebogen im Laufe von ca. 8 Wochen von 294 Empfängern ausgefüllt und zurückgesandt. Dies bedeutet eine Rücklaufquote von gut 46% und damit hat ein noch erträglicher Anteil geantwortet.

Inhaltlich bleibt zum Fragebogen noch anzumerken, daß aufgrund des Kontextes Fragen nach Qualifikationsangeboten und deren qualitativen Beurteilung sehr stark vertreten und dafür z.B. Fragen nach den realen Bedingungen des SV-Alltags relativ schwach vertreten waren.[284]

Da ein wesentliches Element der sozialwissenschaftlichen Selbstverwaltungsforschung aber das innovative Verhältnis der SV zu einer alternativen Sozialpolitik ist, kommt einem Schwerpunkt des Fragebogens, nämlich der Erhebung von gesundheitspolitischen Einstellungen, Absichten und Konzepten zu den Kerninhalten dieser "neuen" Sozialpolitik ein großes Gewicht zu.

Wichtig ist auch der Grad der Selbstreflexivität in Gestalt der Bewertungen von mehr oder minder bekannten aber durchaus kontroversen alternativen Organisationsvorstellungen zur GKV und SV.

9.2.2 Besondere Strukturen der Befragungsgruppe

Unter den insgesamt 294 Selbstverwaltern, die den ihnen zugesandten Fragebogen beantworteten, haben zwischen 1981 und 1987/88 245 (83,3%) an Qualifizierungsmaßnahmen an der DGB-Bundesschule Niederpöcking und 116 an regionalen Modellversuchen zur SV-Qualifizierung von gewerkschaftlich organisierten Versichertenvertreter in der SV der GKV teilgenommen. Es sind also auch eine ganze Reihe von Teilnehmern an beiden Qualifikationsveranstaltungen in unserer Stichprobe, was deren "Qualifiziertenlastigkeit" noch verstärkt.

Wie die folgende Abbildung zeigt, sind die Selbstverwalter aus dem AOK-Bereich mit 58,8 % die größte Teilnehmergruppe.

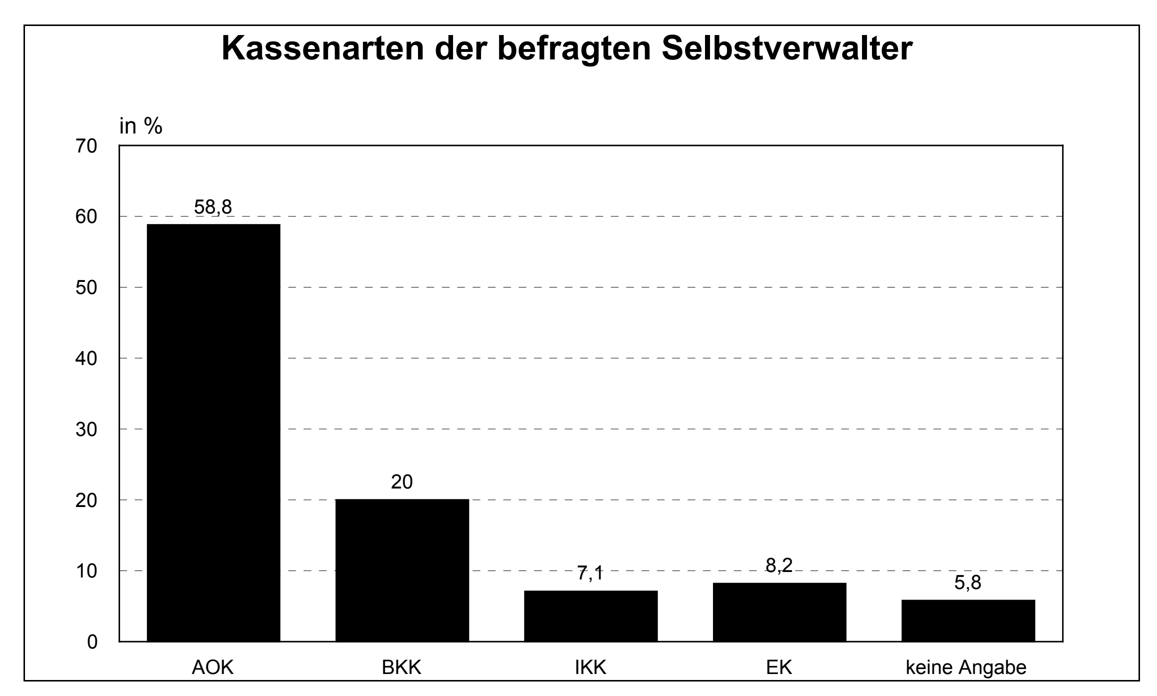


Abbildung 24: Kassenarten der befragten Selbstverwalter

Weit unterrepräsentiert sind BKK-Selbstverwalter, wenn man die Zahl der durch die Einzelkassenanzahl mitbedingten potentiellen SV-Mitglieder zugrundelegt.[285]

Die Mehrzahl der Antwortenden sind Mitglieder der VV (52,7%). Mitglied im Vorstand sind dagegen nur 39,5%. Eine starke Minderheit mit fast 34% ist auch noch Mitglied in einem VV-oder VS-Ausschuß.

Betrachtet man sich an dieser Stelle die SV-Funktion der Befragten auf Landes- und Bundesverbandsebene ihrer Kassenart, gibt es immerhin 74 Beantworter[286] , die Mitglied in einem Organ der Verbände sind. Darunter

sind 44 in der VV eines Landesverbandes (LV), 9 in der VV eines Bundesverbandes (BV), 17 im VS eines LV und 4 im VS eines BV.

Insgesamt, d.h. von Kasse bis zum Bundesverband, nehmen die Befragten folgende Funktionen ein:

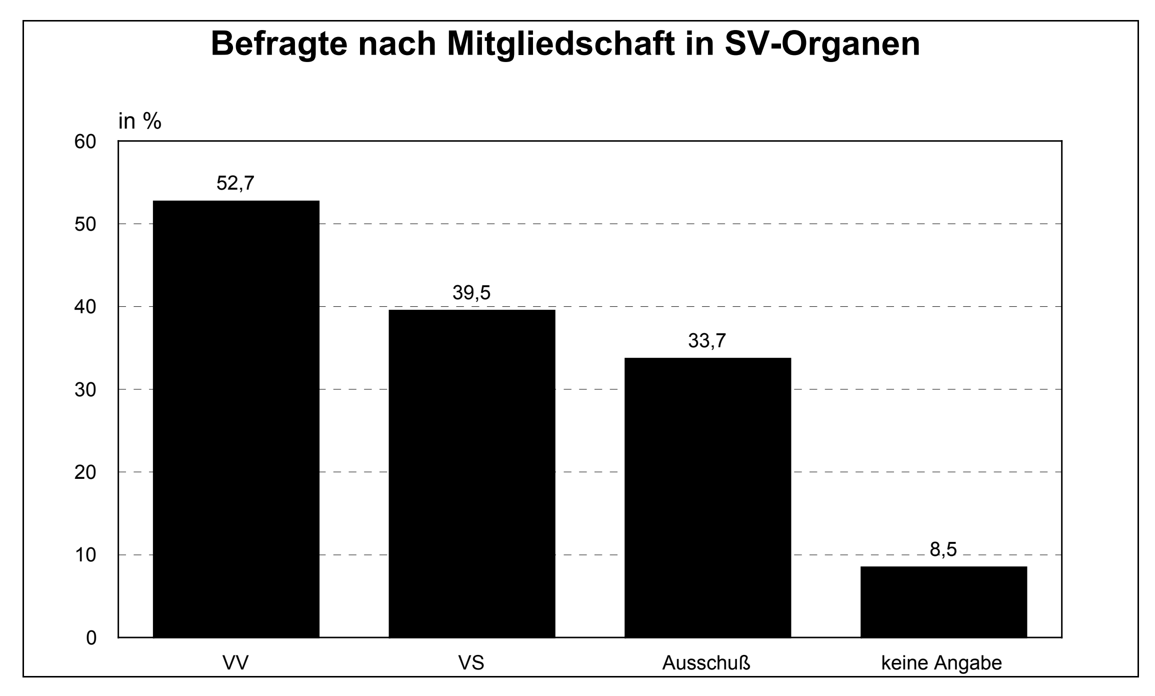


Abbildung 25: Befragte nach Mitgliedschaft in SV-Organen

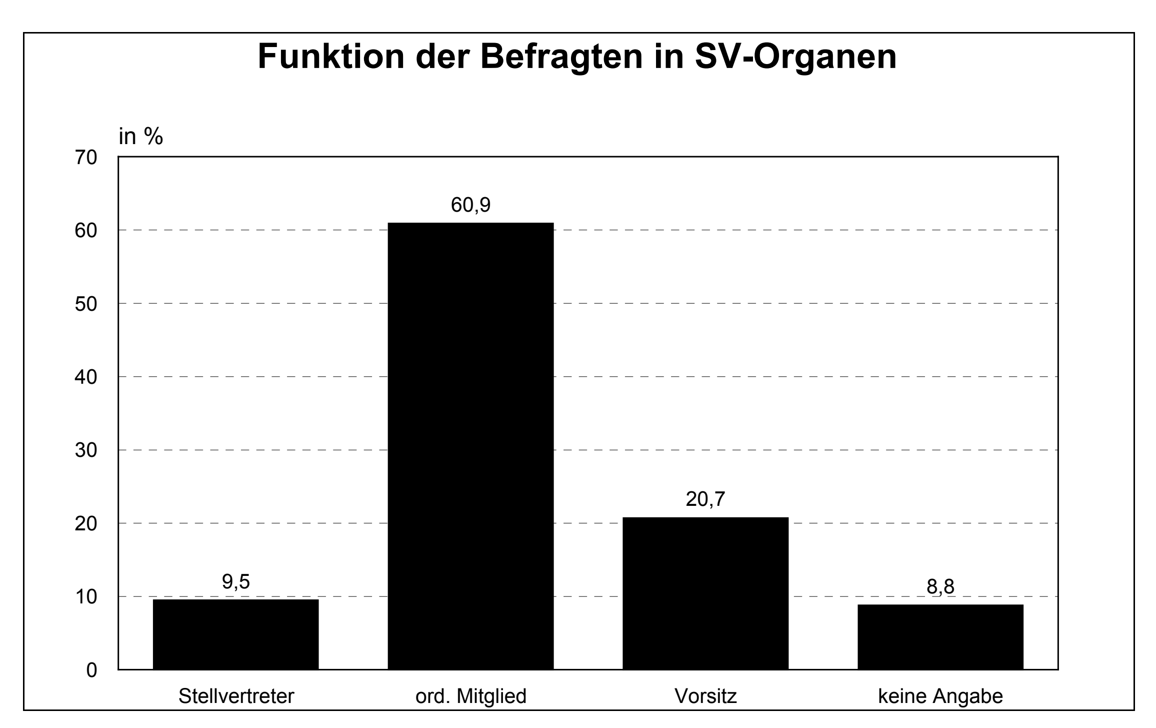


Abbildung 26: Funktion der Befragten in SV-Organen

Für die Beurteilung der Befragungsgruppe ist festzuhalten, daß die Organvorsitzenden mit fast 21% deutlich überrepräsentiert sind. Dies ist auch im Konzept der Bundesschulungen gewollt und steigert angesichts der Tatsache des je nach Stellung beklagten oder befürworteten dominanten Einflußes von Organvorsitzenden auch die Relevanz von Ergebnissen für eine strategische Analyse der SV-Entwicklungschancen. Wie aus anderen Untersuchungen und Berichten schon bekannt oder vermutet und daher auch hier zu erwarten war, dominieren die männlichen Selbstverwalter mit 88,8%, d.h. absolut 261 Antwortern. Die Geschlechtsstruktur der gesamten SV dürfte daher in unserer Befragungsgruppe repräsentativ widergespiegelt werden.

In groben Zügen gilt dies auch für die Altersstruktur.

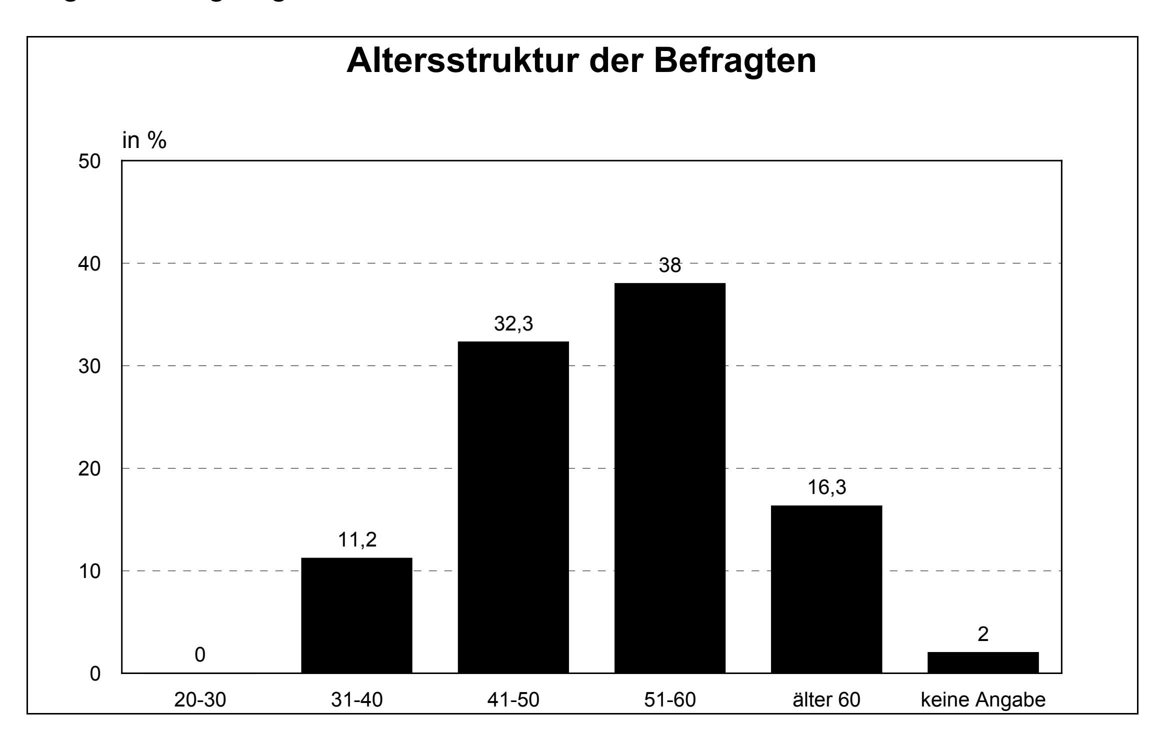


Abbildung 27: Altersstruktur der Befragten

Wie die vorausgehende Abbildung zeigt, fehlen die unter 30-Jährigen und stellen die über 60-Jährigen, d.h. zum größten Teil Rentner einen vergleichsweise hohen Anteil.

Die nächste Abbildung zeigt das "Amtsalter" der Befragten, d.h. die Zeitpunkte des Beginns der SV-Tätigkeit in der GKV.

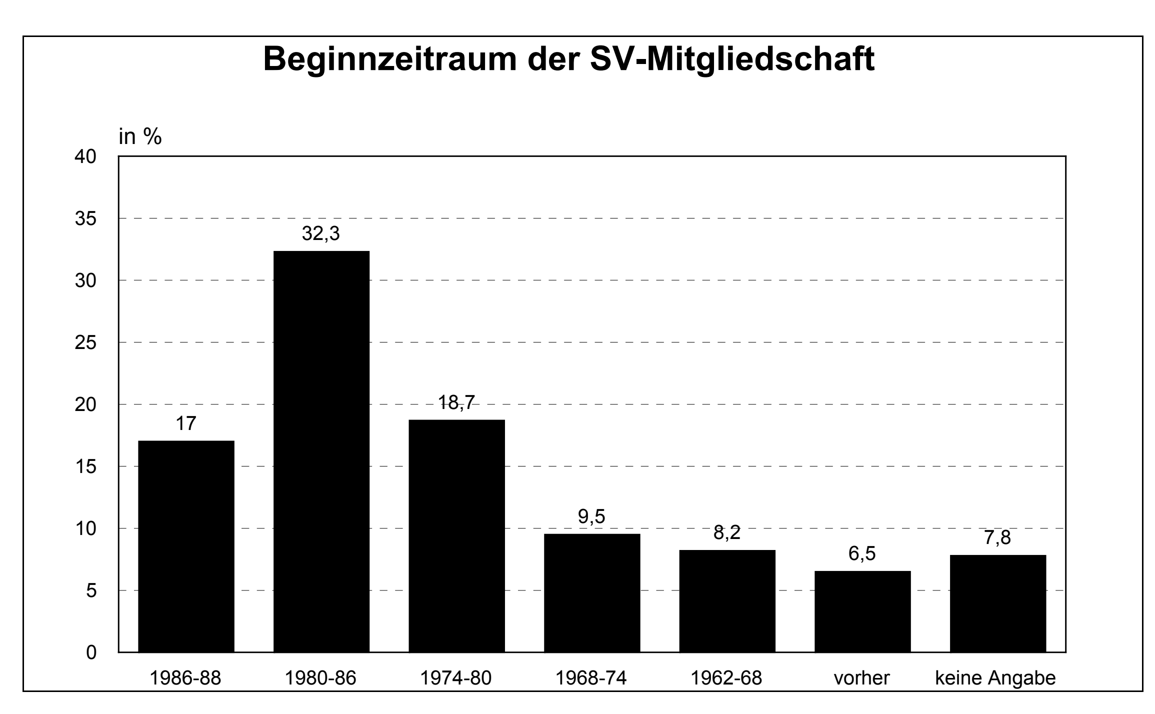


Abbildung 28: "Amtsalter" der befragten Selbstverwalter

Fast 50% sind erst seit 1980 in der SV tätig, d.h. die These eines rapiden und enormen Generationswechsels in der SV wird hier bestätigt. Dennoch ist der Anteil der "alten" Selbstverwalter mit Tätigkeitsbeginn vor 1968 mit fast 15% noch relativ hoch. Da dies u.a. ein Anzeichen dafür ist, daß in der SV eine gewisse "Amtsbeharrlichkeit", d.h. eine in der Regel mehrere Legislaturperioden andauernde Tätigkeit üblich ist, ist die Analyse der politischen Einstellungen neuer Mitglieder auch eine Art prospektive Analyse einer längeren Zukunft der SV.

Mit 17,3% ist der Anteil von Befragten, die noch andere SV-Ämter bei anderen Trägern haben, nicht gerade klein. Die meisten dieser "Multi-Selbstverwalter" sind noch in der Arbeitsverwaltung und der Rentenversicherungs-SV tätig, lediglich 11 % in der SV der Berufsgenossenschaften.

Die Frage nach den anderen SV-Funktionen der Befragungsgruppe erbrachte in dieser Richtung bereits deutliche Hinweise auf nicht geringe Mehrfachfunktionen, Belastungen aber natürlich auch politische Möglichkeiten, die sich daraus ergeben.

Interessant ist auch die Frage nach den anderen gewerkschaftlichen Funktionen. Weiter oben wurde deutlich, daß insbesondere aktive Gewerkschaftsmitglieder ein hohes Interesse an Mitarbeit in einem Sozialversicherungs-Ehrenamt haben. In unserer Befragungsgruppe bestätigt sich dies. Nur 26 der Befragten haben keine, 254 dagegen weitere gewerk-

schaftliche Funktionen. Zugleich gibt es aber auch Anhaltspunkte für eine kritische Reflexion von Mehrfachämtern.

Mit der Möglichkeit der Mehrfachnennung nehmen diese 254 SV-Mitglieder die verschiedensten in der folgenden Abbildung zusammengestellten anderen gewerkschaftlichen Funktionen wahr.

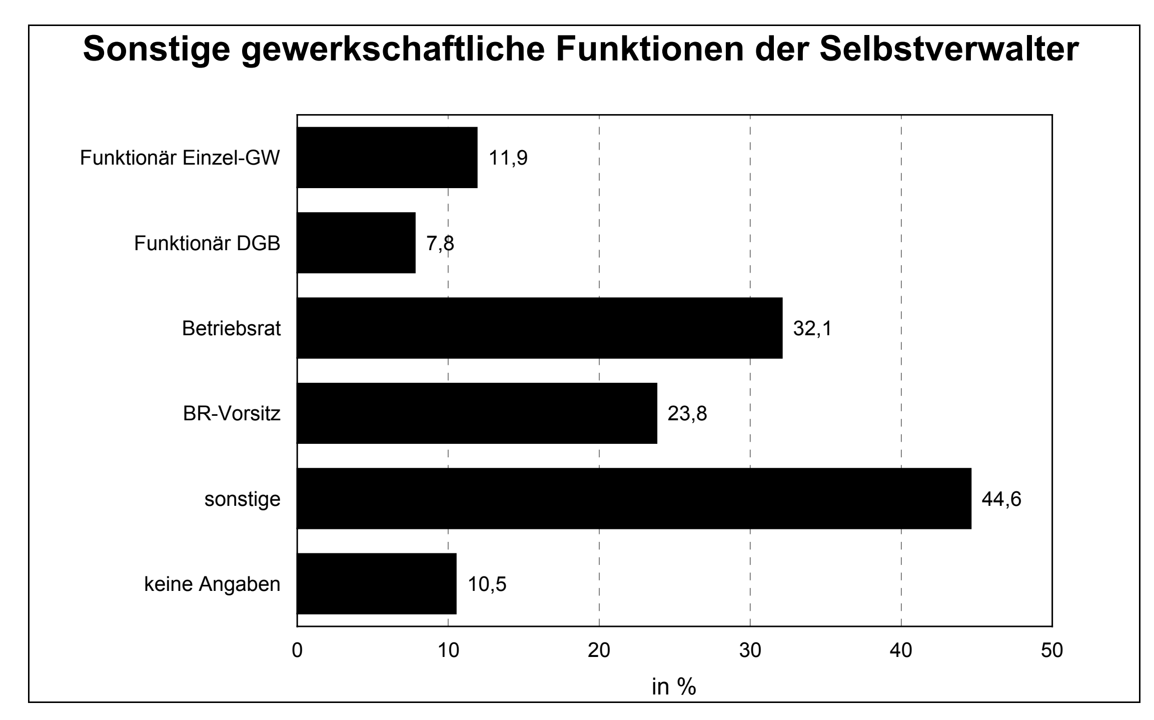


Abbildung 29: Sonstige gewerkschaftliche Funktionen der Selbstverwalter

Deutlich ist ein sehr starker Betriebsratsblock und der Anteil hauptamtlicher Gewerkschaftsfunktionäre, die wahrscheinlich auch den größten Teil der 17 sog. Beauftragten in der Befragungsgruppe stellen. Unter den sonstigen Gewerkschaftsfunktionären sind die Vertrauensleute stark vertreten.

Abschließend kann zur qualitativen Zusammensetzung die hohe Qualifizierungsbereitschaft betont werden, die sich u.a. in dem Mehrfachbesuch an der Bundesschule und in den teilweise parallel verlaufenden regionalen Qualifizierungsangeboten widerspiegelt. Dies gilt auch bezogen auf die Angaben von 165 Befragten, noch andere Lehrgänge besucht zu haben. Mit 120 Nennungen des örtlichen DGB, 59 Nennungen anderer Bundesschulen des DGB und der Lehrgänge von Einzelgewerkschaften mit 57 Nennungen stehen diese Anbieter an der Spitze der besuchten Träger. Der Besuch von Bundesschulen der Versicherungsträger ist mit 44 Nennungen ebenfalls noch beträchtlich.

9.2.3 Auswertungsstrategien

Der Untersuchung standen 294 auswertbare Fragebögen mit 72 Merkmalen zur Verfügung. Wegen der Fülle des Materials wurden die Fragebögen elektronisch auf einem PC erfaßt und damit für maschinelle Datenverarbeitung verfügbar. Die Datenerfassung, Datenverwaltung, die Grundauszählung und grundlegende Auswertungen erfolgten mittels des sozialwissenschaftlichen Statistikpakets MPSS[287] , die statistischen Tests mit der neuesten Version des Statistikpakets CSS.

Wir haben es in unserer Untersuchung mit drei unterschiedlich skalierte Datenarten zu tun: Die meisten Merkmale sind nominalskaliert, die Daten zur politischen Einstellung und Konzeption sind alle ordinalskaliert und werden durch einige andere Merkmale gleicher Skalierung ergänzt. Zwei Merkmale sind intervallskaliert. Die statistischen Analysen halten sich streng an die Möglichkeiten dieser Skalenniveaus.

Bei im mittleren Falle mindestens 72 Variablen, die aber durch Neubildungen von Variablen umfangmäßig leicht erweitert werden können, liegt die Möglichkeit vor, eine Fülle von Kreuztabellierungen zum Zwecke der Untersuchung möglicher Zusammenhänge zwischen und Abhängigkeiten von Variablen zu machen. Insbesondere die kreuztabellenanalytische Auswertung der Zusammenhänge von politischen Einstellungen, Absichten und Alternativvorstellungen als abhängige Variablen und soziodemographischen Merkmalen wie Alter, SV-Beginntermin, Kassenarten oder Berufe als unabhängige Variablen bieten sich als teilweise sehr feingliedrige Orientierungsanalysen an.

Aus der Fülle dieser Auswertungen kann in dieser Arbeit nur eine kleine Anzahl herausgenommen werden. Um diese Auswahl nicht völlig willkürlich bzw. durch arbeitsökonomische und Darstellungskalküle bestimmt ablaufen zu lassen, werden Merkmale und ihre Kreuztabellierung herausgesucht, die möglichst aussagekräftig sind, d.h. prüfstatistisch besonders signifikant sind.

Eine Reihe von Analysen werden aus Gründen der Übersichtlichkeit in graphischen Darstellungen umgesetzt.

9.2.3.1 Angewandte Methoden zur Zusammenhangsanalyse (Kreuztabellen, chi-Quadrat-Test, Kontingenzkoeffizient C)

Auf der ersten Stufe des Einstiegs in die Zusammenhangsanalysen von abhängigen, bestimmte bewußtseinsmäßige, politische, ideologische Ein-

stellungen und Konzepte reflektierende subjektiven Variablen mit quasi objektiven unabhängigen Merkmalen wie Beruf, Alter oder Kassenart, ergeben sich fast immer unterschiedliche Verteilungen, die interessante und wichtige Hinweise auf unterschiedliche Arten und Intensitäten von Zusammenhängen oder Nichtzusammenhängen geben. Die Kreuztabelllenanalyse hat daher auch eine hohe Bedeutung für die Datenexploration, für die Gewinnung von Auswertungsideen und damit letztlich für die weitere Strukturierung der Analyse.

Klar ist aber auch, daß auf der Ebene der Kreuztabellierung das Ergebnis, daß eine bestimmte politische Einstellung oder eine Alternativvorstellung bei einer Gruppe von Selbstverwaltern stärker oder schwächer vertreten ist, völlig zufälliger Natur sein kann. In dieser Untersuchung wird zum Beispiel die Frage untersucht werden, ob bestimmte politische Einstellungen und Konzepte von AOK-Selbstverwaltern häufiger präferiert werden als von BKK- oder IKK-Selbstverwaltern.

Solange nicht das Gegenteil bewiesen ist, muß man davon ausgehen, daß es zwischen den Selbstverwaltern der verschiedenen Kassenarten keine konzeptionell-politischen Unterschiede gibt.

Diese in sozialwissenschaftlichen Analysen allgemein angewandte Ausgangshypothese wird auch Nullhypothese genannt.[288] Die Verfahren, die mit solchen Hypothesenbildungen in Gang gesetzt werden und diese letztlich klären können, sind statistische Signifikanztests und nicht mehr die "einfache" Kreuztabellenanalyse.

Die Nullhypothese wird erst dann zugunsten der 'eigentlichen' statistischen Alternativhypothese zurückgewiesen, wenn die auftretenden Unterschiede zwischen erwarteter und beobachteter Häufigkeit in der Stichprobe nach der Wahrscheinlichkeitstheorie nicht mehr zufällig sind. Das Zurückweisen bedeutet dann, dass signifikante tatsächliche Unterschiede zwischen den politischen Konzepten der verschiedenen Kassenarten bzw. deren Selbstverwaltern bestehen. Generell dominieren in Häufigkeitsvergleichen mittels der chi-Quadrat-Methode sogenannte Unterschiedshypothesen, wohingegen Zusammenhangshypothesen erst mit der Korrelationsrechnung geprüft werden können bzw. sollten.[289]

Bei der statistischen Signifikanzaussage gibt es ein bestimmtes Fehlerrisiko, das allerdings kalkuliert und kalkulierbar ist:

> *"Entweder kann eine an sich richtige Nullhypothese auf Grund der Stichprobenergebnisse zugunsten der Alternativhypothese*

> *verworfen werden **(alpha-Fehler oder Fehler erster Art)**. oder es wird die Nullhypothese akzeptiert, obwohl die Alternativhypothese richtig ist **(beta-Fehler oder Fehler zweiter Art)**.“*[290]

Zu Recht verweist Bortz (1985, S.146) auf die praktisch "verhängnisvollen Konsequenzen" von - je nach Fragestellung - möglichen Fehlern der ersten oder zweiten Art.

Da der "bei weitem größte Teil aller Experimente und empirischen Untersuchungen in den Sozialwissenschaften...auf die Zurückweisung der Nullhypothesen gerichtet (ist)"[291], ist die Kalkulation des dabei möglichen Fehlers, eben des Fehlers erster Art oder alpha-Fehlers, wichtig. Diese Fehler- oder Irrtumswahrscheinlichkeit läßt sich berechnen. Mittels statistischer Methoden läßt sich die jeweilige Wahrscheinlichkeit, daß wir uns bei der Entscheidung zugunsten der Alternativhypothese (und gegen die Nullhypothese) irren, genau prozentuieren. Dabei gibt es aus dem rechnerischen Verfahren heraus keine Grenze oder Schwelle, ab der eine Irrtumswahrscheinlichkeit oder ein Fehler erster Art nicht mehr akzeptabel ist.

Bortz stellt in diesem Sinne fest, daß es selbst bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 0,62%, d.h. der Wahrscheinlichkeit, daß in 62 von 100 Fällen die Nullhypothese zurückgewiesen wird, "dem Forscher überlassen bleiben (könnte), ob er bereit ist, diese Irrtumswahrscheinlichkeit zu akzeptieren."[292]

Für die sozialwissenschaftliche Forschungspraxis fährt er aber fort:

> *"Um jedoch eine gewisse Vergleichbarkeit und Qualität statistisch abgesicherter Entscheidungen zu gewährleisten, hat es sich in den Sozialwissenschaften eingebürgert, eine Nullhypothese erst dann zu verwerfen, wenn die Wahrscheinlichkeit des alpha-Fehlers bzw. die Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner oder gleich 5% ist. Führt eine Untersuchung zu einer so gut abgesicherten Entscheidung, dann sprechen wir von einem **signifikanten Ergebnis**. Allgemein formuliert: **Beträgt die Wahrscheinlichkeit des gefundenen oder eines extremeren Untersuchungsergebnisses unter der Annahme, die H (o) sei richtig, höchstens 5%, so wird dieses Ergebnis als signifikant bezeichnet. Beträgt diese Wahrscheinlichkeit höchstens 1%, so ist das Ergebnis sehr signifikant."***[293]

Man muß sich dabei aber stets vergewissern, daß selbst bei auf dem 1%-Niveau signifikanten Unterschieden die Alternativhypothesen nicht als "bewiesen" betrachtet werden können: "Die Nullhypothese kann durch Stichprobenergebnisse günstigstenfalls widerlegt, keineswegs jedoch bewiesen werden."[294]

In dieser Untersuchung wird der chi-Quadrat-Test überwiegend auf dem 5%-Niveau durchgeführt, d.h. ein "schlechteres" Niveau führt in der Regel zur Beibehaltung der Nullhypothese.

Der chi-Quadrat-Test hat den Vorteil, daß er für Daten jeglicher Skalierung, d.h. auch und gerade für nominalskalierte Daten angewendet werden kann und keine Anforderungen hinsichtlich der Normalverteilung der Betrachtungswerte stellt. Chi-Quadrat ist ein Wert, der die Abweichung der Werte in den Feldern einer Kontingenztabelle von einer theoretischen Zufallsverteilung ausdrückt. Die Berechnung von chi-Quadrat ist Routineteil der o.g. und auch anderer Statistik-Software.

Ein allgemeines Problem und bei kleineren Datensätzen wie dem unseren auch eine schnell kritisch werdende Begrenzung der Aussagefähigkeit des chi-Quadrat-Tests liegt in seiner Reagibilität auf kleine Zellenbesetzungen. Strenggenommen wird er dann undurchführbar. Dabei gibt es härtere und weichere Grenzen. Die generelle Warnung vor Zellenbesetzungen unter n=10 oder 5 wird z.B. bei CSS durch eine automatische Berechnung der sog. Yates-Korrektur relativiert. Andere Testvarianten führen hier schon keine Berechnungen mehr durch, oder schlagen die alternative Verwendung des Fisher-Tests für kleine Zellenbesetzungen vor.

Bortz schlägt dahingegen vor, "darauf zu achten, daß der Anteil der Erwartungshäufigkeiten, die kleiner als 5 sind, 20% nicht überschreitet."[295]

In unseren Auswertungen werden wir uns an diese Ratschläge halten. Der Fisher-Test wird u.a. deshalb nicht durchgeführt, weil er bei Zellenbesetzungen von n>40 sehr rechenintensiv wird und wir in der Regel sehr gemischte Tabellenbesetzungen haben. Das Herauspicken "passender" Tabellenteile halten wir für problematisch und unterlassen es daher ebenso wie ein "Bereinigen" von Tabellen für den chi-Quadrat-Test.

Neben der bereits gemachten Einschränkung, daß auch ein hohes Signifikanzniveau nicht die Alternativhypothese beweist, sondern nur die Nullhypothese zurückweisen hilft, liefert der chi-Quadrat-Test auch keine Angaben darüber, wie stark der Zusammenhang zwischen zwei Variablen ist.

Da sich bei nominalskalierten Merkmalen im Gegensatz zu metrischen o-der intervallskalierten Daten keine Maßkorrelation berechnen lassen bzw. dies unzulässig ist, muß und kann die Stärke eines Zusammenhangs bei dieser Klasse von Merkmalen nur mit dem Kontingenzkoeffizienten ge-messen werden. Dies ist allerdings nur dann möglich, wenn der Signifi-kanztest signifikante Ergebnisse ergab. Wenn nicht, ist der Koeffizient un-sinnig.

In unserer Untersuchung wurde auf der genannten Grundlage der Kontin-genzkoeffizient C für die Stärke des Zusammenhangs berechnet.

Es wurde bereits diskutiert, "daß die Höhe des chi-Quadrat nur etwas über die Häufigkeit aussagt, mit der bestimmte Ausprägungen der einen Vari-able mit bestimmten Ausprägungen der anderen Variablen überzufäl-lig...gemeinsam auftreten." [296]

Der Kontingenzkoeffizient C kann wie auch z.B. der Kontingenzkoeffizient V, auf dessen Vorteile wir weder in der Diskussion[297] noch praktisch näher eingehen wollen, theoretisch einen Wert zwischen 0 und 1 einnehmen. Er ist gleich 0, wenn beide Variablen völlig unabhängig voneinander sind und er hat den Wert 1, wenn eine totale Abhängigkeit voneinander besteht.

Praktisch nimmt der Wert C wegen der Abhängigkeit von der Tafelgröße nicht den Wert 1 an. Bei der von uns oft benutzten 3 x 3-Felder-Tabelle er-reicht er maximal C = 0,8165, bei 9 x 9-Feldertafeln aber z.B. maximal 0,94.

In Anlehnung an eine Aussage über den Kontingenzkoeffizienten V[298] werden bei uns die Koeffizienten hinsichtlich ihrer Aussage über Zusam-menhangsstärken folgendermaßen gedeutet:

- kleiner als 0,20: kleiner, fast zu vernachlässigender Zusammenhang
- 0,20-0,40: mittlerer, echter Zusammenhang
- 0,40-0,60: beträchtlicher, hoher Zusammenhang
- 0,60-0,80: sehr hoher Zusammenhang.

Vor einer zu schematischen und isolierten Verwendung der Indexzahlen muß aber gewarnt werden. Werden viele unabhängigen Variablen immer wieder mit abhängigen Variablen gekreuzt und dabei die Kontingenzkoef-fizienten vergleichend betrachtet, sinkt auch der Wert von C zwangsläufig.

Da die politischen Einstellungen der SV-Akteure mit Sicherheit durch vielfältige Faktoren bestimmt werden, sind keine sehr starken Zusammenhänge zu erwarten. Bedeutsam und zu weiteren Überlegungen anregend sind daher hier schon c-Werte, die deutlich über 0,20 liegen.

Einige der Untersuchungsvariablen sind ordinal- oder sogar intervallskaliert. Es sind zum einen die gesamten Merkmale zu den politischen Vorstellungen und die Frage nach der Kandidatenaufstellung als ordinalskaliert anzusehen, auch wenn drei Ränge die unterste Grenze für eine Ordinalskala darstellen. Die Angaben zum Termin des Beginns in der SV und die zum Alter sind intervallskalierte Daten. Für diese Daten sind andere, "höhere" statistische Auswertungsverfahren anwendbar als bei den nominalskalierten Merkmalen. Dies allerdings nur bei Analysen in ihrem eigenen Bereich, nicht bei kombinierten Auswertungen mit den Nominaldaten.

Im wesentlichen finden hier Rangkorrelationsberechnungen statt, die - und das ist ihr "höherer" Wert gegenüber den chi-Quadrat-Tests - sowohl die **Stärke** als auch die **Richtung** von Zusammenhängen zwischen zwei Merkmalen bestimmen helfen. Die Spannbreite liegt zwischen r=-1 und r=+1, r=0 signalisiert, daß kein statistischer Zusammenhang besteht. Die bei intervallskalierten Daten im Prinzip mögliche Berechnung von Maßkorrelationswerten wird deshalb nicht vorgenommen, weil bei den inhaltlich allein sinnvollen Kombinationen mit ordinalskalierten Daten deren Skalenniveau die statistischen Verfahren bestimmt und nicht umgekehrt.

Dort wo Rangkorrelationen berechnet werden, wird jeweils auch der Signifikanztest von r herangezogen, d.h. auch hier wird ähnlich und qualitativ auch mit dem chi-Quadrat-Test vergleichbar, die Nullhypothese getestet, "daß in der Population kein Zusammenhang zwischen den Variablen besteht, und daß die beobachtete Abweichung des r-Wertes von 0 lediglich zufallsbedingt ist."[299]

Auf die von Clauss/Ebner betonte Problematik des je nach Untersuchungsinhalt und Hypothesen flexiblen Umgangs mit der Bewertung eines Korrelationskoeffizienten als "schwach und/oder stark"[300] werden wir im konkreten Fall der Interpretation näher eingehen.

9.2.4 Gesundheitspolitische Einstellungen, Absichten und Konzepte von Selbstverwaltungsmitgliedern

Die Untersuchung dieser wesentlichen Elemente des subjektiven Faktors der GKV-Politik soll in den folgenden Teilschritten erfolgen:

- Selbstreflexion der SV durch ihre Akteure
- Überlegungen zur konkreten Organisationsprinzipien der SV und Alternativkonzepte
- Analyse der Relevanz wichtiger gesundheitspolitischer Aktivitäten und Handlungen in den gesundheitspolitischen Bewußtseinsformen, Sichtweisen, Konzepten, Plänen und Handlungsabsichten der Selbstverwaltungs-Akteure.

Die Darstellung und analytische Erklärungsversuche werden jeweils zusammengefasst.

9.2.4.1 Selbstreflexion und Bedeutungseinschätzung der SV durch ihre Akteure

Von vorrangigem Interesse erscheint uns die Selbstbewertung der SV-Akteure gegenüber ihrer und der anderen Selbstverwalter Tätigkeit. Dabei kommt dieser Beurteilung sowohl ein eigentümlicher Wert im Sinne einer selbstreflektierten Zufriedenheit oder Unzufriedenheit zu, als auch ein Wert für eine Analyse der politischen Konzepte und Alternativen der Akteure.

Letzteres gilt insbesondere hinsichtlich der Analyse der Zusammenhänge von Bewertung des SV-Einflußes und der möglichen Alternativen von SV-Organisation im weitesten Sinne.

Interessant ist die in der nächsten Übersicht deutlich werdende Skepsis gegenüber dem Einfluß der SV unter den befragten Selbstverwaltern, die sich damit in Übereinstimmung mit einer Reihe von Kritikern ihrer Funktion und Arbeit befinden.

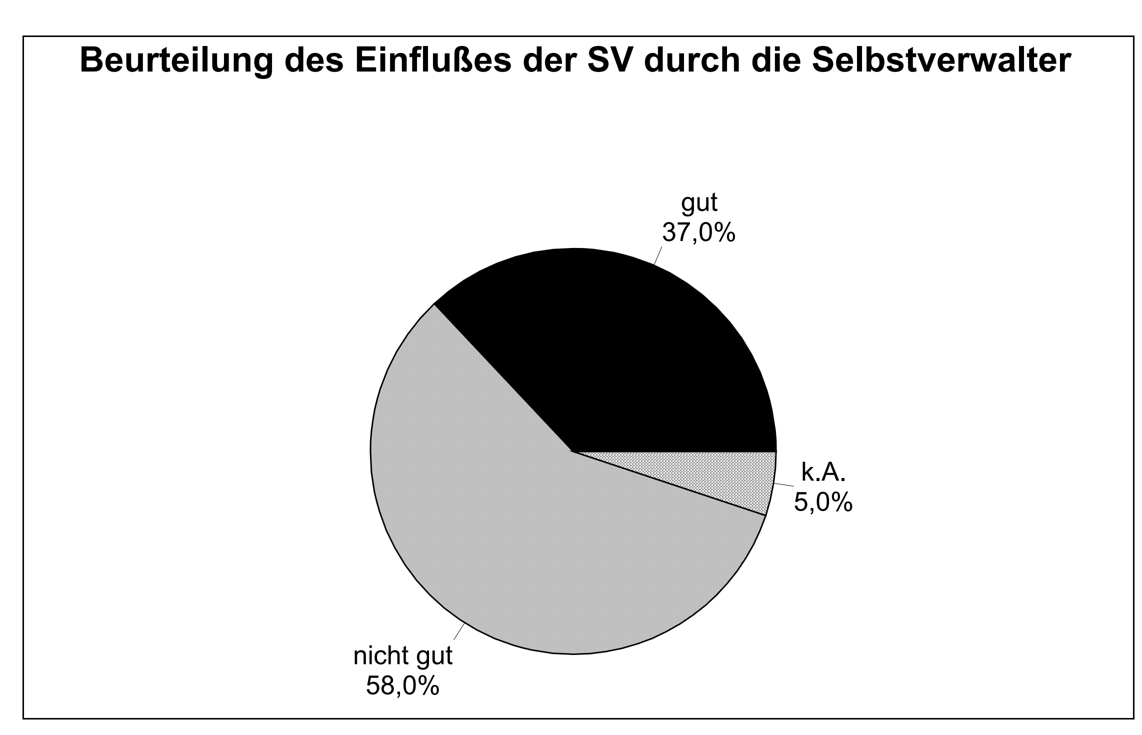


Abbildung 30: Beurteilung des SV-Einflusses durch die Selbstverwalter

Mit 57,8% Negativbeurteilungen erreicht diese Selbst-Skepsis ein enormes Niveau.

Um den Ursachen für diese negative Beurteilung des SV-Einflußes näher zu kommen, haben wir den Befragten eine Liste mit Änderungsvorstellungen zur SV vorgelegt und sie um Beantwortung gebeten.

Diese Liste entstand in zahlreichen Gruppendiskussionen und ähnlichen Gesprächen mit SV-Mitgliedern, die sich u.a. immer mit dem Problem des Einflußes und der Einflußverbesserung der SV beschäftigten. Weitere Änderungsvorschläge konnten aber im Rahmen offener Antwortmöglichkeiten genannt werden.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Häufigkeit mit der die einzelnen Faktoren genannt wurden (Mehrfachnennungen möglich):

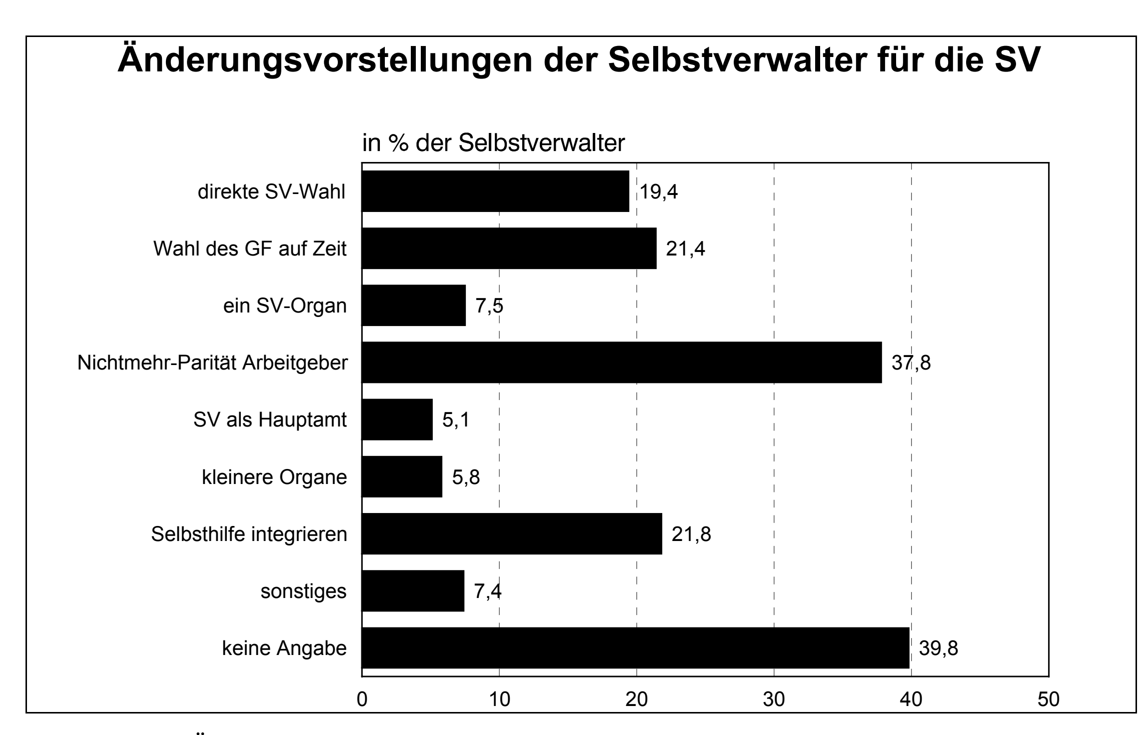


Abbildung 31: Änderungsvorstellungen der Selbstverwalter für die SV

Unter den sonstigen Faktoren und Vorstellungen befinden sich vor allem solche, die vom Staat Änderungen erwarten.

Interessant ist, daß eine offensive und breite Zurückdrängung des staatlichen Einflußes weder in unseren oben erwähnten Vorgesprächen noch in den Antworten der Befragung eine vorrangige Rolle spielt. Stattdessen ist es eine Fülle von internen Problemen der Thematisierung, Artikulations und Entscheidungsstrukturen. Dies ist deshalb interessant, weil es naheliegend und vor allem relativ bequem gewesen wäre, das Problem des mangelnden Einflußes weit von internen Einstellungen und Veränderungen wegzuverlagern. Daran ändert die Tatsache nichts, daß eine Reihe der präferierten Veränderungen letztlich nur auf dem Weg der politischen Gesetzgebung erfolgen könnte.

Auch wenn bei der Präzisierung der Kritik an der SV die Anzahl der Antworten sinkt, d.h. dabei 117 Befragte keine Angaben mehr machen, zeigt dies u.E. immer noch ein großes Maß und eine überraschend detaillierte Tiefe der Reflexion der Umstände des eigenen ehrenamtlichen Handlungen.

Aus den Veränderungsvorschlägen lassen sich vier Haupttrends bzw. -ergebnisse entnehmen:

Erstens betrachten 37,8% der insgesamt Befragten oder fast 63% der auf diesen Fragenbereich überhaupt Antwortenden die Arbeitgeberparität als

ein großes Problem.[301] Damit zeigt sich zumindest eine gewisse Übereinstimmung mit dem in der Literatur desöfteren behaupteten Blockadepotential der paritätischen Konstruktion der GKV-SV für Innovationen bzw. für innovative Einstellungen.

Zweitens, und das ist u.E. überraschend, wird die vorerst unspezifische Einbeziehung der Selbsthilfebewegung/-gruppen von 21,8% bzw. über 36% der Selbstverwalter (der erste Wert ist wieder auf alle Befragten, der zweite auf die Antwortenden bezogen) in die SV-Arbeit als ein zusätzliches Bindeglied zur Thematisierung und Umsetzung von Bedarfen von Versicherten und Patienten in die GKV hinein für wichtig gehalten.

Interessanterweise erst an **dritter** Stelle der Häufigkeiten folgt die zeitlich begrenzte Wahl der Geschäftsführung (hier als "Wahl der GF" bezeichnet), d.h. eine Forderung, die indirekt die subjektive Bewertung der Rolle bzw. die Erfahrung des Einflußes der Geschäftsführung reflektiert, mit 21,4% bzw. fast 36%. Die Geschäftsführungen stellen bisher insoweit einen extrem "stabilen" Faktor dar und beziehen daraus auch einen Teil ihrer innovationshemmenden Beharrungskraft, weil sie nach erfolgter Wahl praktisch nicht mehr abwählbar sind.

Viertens tritt die direkte Legitimations- und Kontaktmöglichkeit der SV, d.h. die direkte Wahl der SV durch die Versicherten bzw. im Fall der Arbeitgeber durch diese selber mit 19,4% bzw. 32% z.B. deutlich gegenüber den Verbindungen zur Selbsthilfebewegung als einer anderen Möglichkeit der Basisorientierung zurück.

Immerhin zeigt die Häufigkeit der Nennungen dieser beiden Alternativen eine offensichtlich subjektiv empfundene Schwäche an Basislegitimation und der relativen Ferne des SV-Handelns zu wichtigen Problemzonen und deren "Publikum" auf.

Einführend zu einer genaueren Analyse der Bestimmungsfaktoren und der wesentlichen Vorstellungen über Richtung und Intensität von Veränderungen, soll die generelle Beurteilung des Einflußes der SV näher betrachtet werden.

Im Mittelpunkt sollen dabei die Zusammenhänge der diesbezüglich positiven wie negativen Urteile mit dem Alter, der Kassenart, den Organfunktionen und den gesundheitspolitischen Einstellungen der SV-Akteure untersucht werden.

Bei der Kassenartzugehörigkeit scheinen BKK-Selbstverwalter den Einfluß der SV leicht besser (40,7% ja gegenüber 36,7% bei allen) und die IKK-Selbstverwalter deutlich schlechter (66,7% gegenüber 57,8% bei allen) einzuschätzen als Selbstverwalter der jeweils anderen Kassenarten.

	Kassenarten					
SV-Einfluß gut?	Alle	AOK	BKK	IKK	EK	k. Ang.
Ja	36,7	38,2	40,7	23,8	33,3	29,4
Nein	57,8	57,8	55,9	66,7	58,3	52,9
k. Ang.	5,4	4,0	3,4	9,5	8,3	17,6
Anzahl Personen	294	173	59	21	24	17

Tabelle 21: Bewertung des SV-Einflußes nach Kassenzugehörigkeit der Befragten

Die jungen, d.h. 31-40-jährigen Selbstverwalter sind mit 72,7% gegenüber 57,8% für alle Altersgruppen deutlich skeptischer gegenüber dem SV-Einfluß. Auch bei den älteren Selbstverwaltern lassen sich unerwartet keine deutlich positiveren Einschätzungen des SV-Einflußes finden.

	Altersgruppen						
SV-Einfluß gut?	Alle	20-30	31-40	41-50	51-60	älter	k. Ang.
Ja	36,7	0,0	27,3	38,9	40,2	33,3	16,7
Nein	57,8	0,0	72,7	58,9	55,4	56,2	16,7
k. Ang.	5,4	0,0	0,0	2,1	4,5	10,4	66,7
Anzahl Personen	294	0	33	95	112	48	6

Tabelle 22: Bewertung des SV-Einflußes nach Alter der Befragten

Betrachtet man sich die Einflußbeurteilungen nach dem Zeitraum Beginns der Tätigkeit in der SV, sind diejenigen, die zwischen 1962-68 begonnen haben, mit 75% Negativbeurteilungen die skeptischste Gruppe, die Gruppe die von zwischen 1968 und 1974 begann aber die optimistischste.

	Zeitraum des Beginns der SV-Tätigkeit							
SV-Einfluß gut?	Alle	86-88	80-86	74-80	68-74	62-68	länger	k. Ang.
Ja	36,7	36,0	38,9	36,4	42,9	20,8	31,6	43,5
Nein	57,8	62,0	55,8	56,4	57,1	75,0	63,2	39,1
k. Ang.	5,4	2,0	5,3	7,3	0,0	4,2	5,3	17,4
Anzahl Personen	294	50	95	55	28	24	19	23

Tabelle 23: Bewertung des SV-Einflußes nach Zugehörigkeit zur SV der Befragten

Die Vorstands-Selbstverwalter verneinen deutlich häufiger einen guten SV-Einfluß als ihre VV-Kollegen (62,1% zu 56,8% bei 57,8% für alle).

	Stellung in der Selbstverwaltung				
SV-Einfluß gut?	Alle	VV	VS	Ausschuß	k. Ang.
Ja	36,7	38,7	34,5	37,4	36,0
Nein	57,8	56,8	62,1	59,6	44,0
k. Ang.	5,4	4,5	3,4	3,0	20,0
Anzahl Personen	294	155	116	99	25

Tabelle 24: Bewertung des SV-Einflußes nach SV-Organzugehörigkeit der Befragten

Hier spielt selbstverständlich wieder das Alter eine mitentscheidende Rolle. Sieht man sich die Gruppe der 40-50-Jährigen an, sind diese, wenn sie im Vorstand sind, mit 77,4% deutlich häufiger skeptisch als die Gesamtpopulation. Dieser Zusammenhang ist auf dem 5%-Niveau signifikant, d.h. die Nullhypothese, hier bestehe kein Zusammenhang kann zurückgewiesen werden. Die Stärke des Zusammenhangs ist mit C = 0,24 leicht bedeutsam.

SV-Einfluß gut?	Alle	VV	VS	Ausschuß	k. Ang.
Ja	38,9	48,1	19,4	37,0	45,5
Nein	58,9	50,0	77,4	63,0	54,5
k. Ang.	2,1	1,9	3,2	0,0	0,0
Anzahl Personen	95	54	31	27	11

Tabelle 25: Bewertung des SV-Einflußes nach SV-Organzugehörigkeit der Befragten

Männer sind leicht skeptischer als die Frauen. Der Zusammenhang ist aber nicht signifikant.

SV-Einfluß gut?	Alle	Weiblich	Männlich	k. Ang.
Ja	36,7	34,6	37,5	14,3
Nein	57,8	50,0	59,4	28,6
k. Ang.	5,4	15,4	3,1	57,1
Anzahl Personen	294	26	261	7

Tabelle 26: Bewertung des SV-Einflußes nach dem Geschlecht der Befragten

Es gibt auch hier Anzeichen, daß das Alter die wichtigere Variable zur Erklärung von Unterschieden ist: Schaut man sich nur die Gruppe der 30-40-Jährigen an, sind - allerdings bei n=6 - die Frauen mit 83,3% wesentlich

skeptischer als die auch nicht gerade optimistischen gleichaltrigen Männer (70,4%). Umgekehrt sieht es aus, wenn die 50-60-Jährigen betrachtet werden. Dann sind die Frauen diesen Alters weniger skeptisch (44,4%) als die gleichaltrigen Männer mit 56,3%.

Die Analyse der Häufigkeitsverteilung positiver und negativer Bewertungen des SV-Einflußes nach sonstigen gewerkschaftlichen Funktionen ergibt ebenfalls wichtige Problemdifferenzierungen.

	sonstige gewerkschaftliche Funktionen						
SV-Einfluß gut?	Alle	Funktionär Einzel-GW	Funktionär DGB	Betriebsrat	BR-Vorsitzen-der	sonstige	k. Ang.
Ja	36,7	25,7	26,1	47,4	32,9	35,9	32,3
Nein	57,8	68,6	69,6	51,5	60,0	57,3	51,6
k. Ang.	5,4	5,7	4,3	1,0	7,1	6,9	16,1
Anzahl Personen	294	35	23	97	70	131	31

Tabelle 27: Bewertung des SV-Einflußes nach Art der gewerkschaftlichen Funktionen

So sind offensichtlich die einfachen Betriebsräte mit 51,1% Nennungen eines geringen oder fehlenden Einflußes der SV die "zufriedensten" Selbstverwalter, die Funktionäre bei Einzelgewerkschaften und beim DGB aber mit die skeptischsten.

Hier liegt auch ein Fall vor, in dem die methodische Festlegung auf das 5%-Niveau bei chi-Quadrattests als problematisch erscheint. Die Nullhypothese für diese Kreuztabelle könnte auf dem 15%-Niveau nämlich zurückgewiesen werden. Analysiert man nur den Zusammenhang von Einflußbeurteilung und Betriebsratsfunktion ist der Unterschied auf dem 5%-Niveau eindeutig signifikant, d.h. überzufällig.

Wenn nur die AOK-Selbstverwalter betrachtet werden, werden die Betriebsräte noch "optimistischer", d.h. die Anzahl der "Einflußbejaher" überwiegt mit 51% das einzige Mal die der „Einflußverneiner".

Auch wenn an anderer Stelle immer wieder auf die Bedeutung des Lebensalters für die hier anstehende Beurteilung hingewiesen wurde, zeigt sich in diesem inhaltlichen Zusammenhang, daß andere Merkmale u.U. einen stärkeren Einfluß haben können.

Wie die nächste Übersicht für 50-60-jährige AOK-Selbstverwalter zeigt, schlagen Einstellungen der Betriebsrats-Rolle unabhängig oder jedenfalls

nicht entscheidend abhängig durch die Altersabhängigkeit der Einflußbeurteilung durch.

	sonstige gewerkschaftliche Funktionen						
SV-Einfluß gut?	Alle	Funktionär Einzel-GW	Funktionär DGB	Betriebsrat	BR-Vorsitzen-der	sonstige	k. Ang.
Ja	39,7	42,9	30,0	55,0	28,6	37,5	33,3
Nein	54,4	42,9	60,0	45,0	61,9	50,0	66,7
k. Ang.	5,9	14,3	10,0	0,0	9,5	12,5	0,0
Anzahl Personen	68	7	10	20	21	24	6

Tabelle 28: Bewertung des SV-Einflußes nach Art der gewerkschaftlichen Funktionen (50-60-jährige AOK-Selbstverwalter)

Wäre hier etwas wie "Alters-Sanftmut", d.h. weniger negative Urteile zu erwarten, so gilt dies für Betriebsratsvorsitzende und hauptamtliche DGB-Funktionäre nicht. Die Betriebsräte sind aber weiterhin relativ optimistisch. Umgekehrt wird bei den 30-40-jährigen AOK-Selbstverwaltern die Wucht der Kritik wiederum deutlich bei den Betriebsräten gebremst. Lediglich 60% dieser Gruppe gegenüber 100% der Funktionäre bei Einzelgewerkschaften und 80% der DGB-Funktionäre verneinen einen nennenswerten Einfluß der SV.[302]

Bis auf die bereits als Ausnahmen gekennzeichneten Kontexte sind aber alle Zusammenhänge nicht signifikant.

Trotzdem läßt sich die Gruppe der **40-50-jährigen SV-Mitglieder und die SV-Mitglieder, die hauptamtlich bei Einzelgewerkschaften und DGB beschäftigt sind als eher skeptische Gruppe** identifizieren. Die **Gruppe der Betriebsräte ist weniger skeptisch** bis hin einer leicht überwiegenden positiven Einflußbeurteilung.

Der nächste Schritt der Untersuchung beschäftigt sich mit den Häufigkeiten von positiven wie negativen Einflußbeurteilungen sowie den Beurteilungen von gesundheitspolitischen Zielvorstellungen und Konzepten.

Die Analyse der Verteilungen der verschiedenen Verknüpfungen interessiert sich genauer für die Gestaltungsvorstellungen der bisher lediglich generell charakterisierten Einfluß-Optimisten und Skeptiker unter den Selbstverwaltern. Welche politischen Bereiche, Fragestellungen, Elemente sind für die Skeptiker besonders wichtig, d.h. wo sehen sie die größten politischen Handlungslücken, die neben den noch genauer zu analysierenden organisatorischen Bedingungen letztlich ihre Position zum SV-Einfluß mit-

prägen? Welche Möglichkeit der politischen Gestaltung sieht dieser Typ von Selbstverwalter, oder ist er bereits handlungsunfähig skeptisch? Welche dieser Faktoren sind wenigstens bemerkenswert, d.h. tauchen überhaupt noch am Zielehorizont der SV auf, prägen und strukturieren ihre Sichtweisen, und welche sind unwichtig?

Die gleichen Fragen müssen auch bei denjenigen untersucht werden, die den Einfluß der SV für gut halten.

Aus der Fülle der möglichen Konfigurationen werden hier nur die wichtigsten herausgegriffen.

In der folgenden Tabelle geht es um die Gewichtung des Politikziels Kostendämpfung, das insgesamt 74,5% aller Befragten für sehr wichtig, 21,4% für bedenkenswert und lediglich 1,7% für unwichtig halten. Auf die spezielle Bedeutung dieser Konstellation gehen wir an anderer Stelle noch ein.

Bewertung des Politikziels Kostendämpfung	Einfluß der SV gut?			
	Insges.	Ja	Nein	k. Ang.
sehr wichtig	74,5	71,3	77,1	68,8
bedenkenswert	21,4	27,8	18,8	6,2
unwichtig	1,7	0,9	2,4	0,0
keine Angabe	2,4	0,0	1,8	25,0
Anzahl Personen	294	108	170	16

Tabelle 29: Bewertung des Politikziels Kostendämpfung und Bewertung des SV-Einflußes

In der nächsten Übersicht geht es darum, daß in der Gruppe der Selbstverwalter, die Kostendämpfung für sehr wichtig (59,8%) wie unter denjenigen, die sie für unwichtig (80%) halten, die „Einflußskeptiker dominieren.

Einfluß SV gut?	Bewertung des Politikziels Kostendämpfung				
	Insges.	Sehr wichtig	Bedenkenswert	unwichtig	k. Ang.
ja	36,7	35,2	47,6	20,0	0,0
nein	57,8	59,8	50,8	80,0	42,9
keine Angabe	5,4	5,0	1,6	0,0	57,1
Anzahl Personen	294	219	63	5	7

Tabelle 30: Bewertung des SV-Einflußes und Bewertung des Politikziels Kostendämpfung

Andersherum sieht es aus, wenn man sich die Einflußbewertungsgruppen in der vorletzten Tabelle noch etwas genauer betrachtet. Für 77,1% der Einflußskeptiker ist die Kostendämpfung sehr wichtig, aber auch für 2,4% unwichtig.

Es gibt also **zwei Varianten von Skeptikern**: Die einen versuchen sich den Einfluß über die Kostendämpfung wieder zu verschaffen, hoffen damit einen finanziellen Gestaltungsspielraum "ersparen" zu können. Sie sehen in einer gelungenen Kostendämpfung wahrscheinlich auch einen Beleg für die (Wieder-)Gewinnung von SV-Einfluß. Die andere Gruppe (allerdings mit n=5 sehr klein) sieht die Einflußlosigkeit entweder in ganz anderen sozialpolitischen Bereichen dokumentiert oder befürchtet, die Kostendämpfung verschütte die Gestaltungsspielräume gesundheitspolitischer Alternativkonzepte.

Für letzteres sprechen auch die in der nächsten Tabelle enthaltenen Verteilungen für die Absichten, die Leistungen auszudehnen.

Bewertung des Politikziels Leistungen ausdehnen	Einfluß der SV gut?			
	Insges.	Ja	Nein	k. Ang.
sehr wichtig	33,0	34,3	34,1	12,5
bedenkenswert	54,1	52,8	55,9	43,8
unwichtig	6,8	8,3	5,3	12,5
keine Angabe	6,1	4,6	4,7	31,2
Anzahl Personen	294	108	170	16

Tabelle 31: Bewertung des Politikziels Leistungsausdehnung und Bewertung des SV-Einflußes

In der Gruppe der Einflußpessimisten halten 90% gegenüber 87% bei den Optimisten die Ausdehnung von Leistungen für sehr wichtig oder bedenkenswert. Mit 5,3% bei den Pessimisten aber wieder 3% weniger als bei den Optimisten die Leistungsausdehnung für unwichtig.

Ein letztes Indiz für diese Hypothese ist die folgende Tabelle.

Bewertung des Politikziels Reduktion der Leistungs-Inanspruchnahme	Einfluß der SV gut?			
	Insges.	Ja	Nein	k. Ang.
sehr wichtig	7,5	5,6	8,8	6,2
bedenkenswert	63,9	67,6	62,4	56,2
unwichtig	20,4	15,7	24,1	12,5
keine Angabe	8,2	11,1	4,7	25,0

Anzahl Personen	294	108	170	16

Tabelle 32: Bewertung des Politikziels Reduktion der Leistungs-Inanspruchnahme und Bewertung des SV-Einflußes

Sie zeigt das Interesse der SV, die Leistungs-Inanspruchnahme zu reduzieren.

Die Selbstverwalter, die einen SV-Einfluß verneinen, drängen zu 8,8% zu einer Reduktion, bzw. sind dazu bereit, aber 24,1% derselben Gruppe halten diese Aktivität auch für unwichtig, d.h. werden und würden sie wohl auch nicht aktiv mitbetreiben. Dahingegen sind lediglich 15,7% der Einflußoptimisten dagegen gefeit, eine Leistungsreduktion zu ihren politisch relevanten Positionen zu rechnen. [303]

Bleiben wir bei den Leistungsarten, die den Befragten mehr oder weniger wichtig erscheinen, ergibt sich folgendes Bild: Fast durchgehend messen die Einflußskeptiker den alternativen, versichertennahen Leistungen und Zielen eine höhere Bedeutung zu als die Einflußoptimisten. Letztere scheinen hier wesentlich (selbst)zufriedener zu sein. Da die angesprochenen Ziele aber - wie auch unsere Analyse gezeigt hat - noch nicht einmal im Ansatz durch die GKV verwirklicht bzw. in die politische Planung übernommen worden sind, stellen die **Skeptiker, also immerhin mit 170 Menschen fast 60% der Befragten, auch eine Art Innovationsgruppe in der SV** dar. In jedem Fall verbindet sich die pessimistische Einschätzung des SV-Einflußes (noch) nicht mit inhaltlicher Resignation, Konturlosigkeit oder Anpassung an den Status quo oder dessen positiver Anerkennung. Mögliche, aber in unserer Fragestellung nicht identifizierbare inhaltliche Antizipationen über das Scheitern bestimmter politischer Ziele, führen immerhin ebenfalls (noch) nicht zur Aufgabe der Thematisierung und Relevanzbekundungen zu offensichtlichen Konfliktthemen.

Bei dem an anderer Stelle als sehr konfliktträchtig charakterisierten Ziel Primärprävention sind sich noch beide Gruppen über die extreme hohe Bedeutung (fast 100% sehr wichtig in beiden Gruppen) einig.[304]

Hinsichtlich gezielter Angebote für Versichertengruppen und Probleme, einem zentralen Element der Bedarfsorientierung in der Gesndheitsversorgung, sind die Skeptiker, wie die nächste Tabelle zeigt, wesentlich aufgeschlossener als die Einfluß-Optimisten.

Bewertung des Politikziels Gezielte Angebote für Gruppen /Probleme	Einfluß der SV gut?

	Insges.	Ja	Nein	k. Ang.
sehr wichtig	60,9	60,2	62,9	43,8
bedenkenswert	31,0	29,6	31,8	31,2
unwichtig	3,7	5,6	2,9	0,0
keine Angabe	4,4	4,6	2,4	25,0
Anzahl Personen	294	108	170	16

Tabelle 33: Bewertung des Politikziels Gezielte Angebote für Gruppen / Probleme und Bewertung des SV-Einflußes

Zieht man die "sehr wichtig"- und die "bedenkenswert"-Nennungen zusammen, gilt dies auch für das Ziel Leistungen heranzutragen:

Bewertung des Politikziels Herantragen von Leistungen	Einfluß der SV gut?			
	Insges.	Ja	Nein	k. Ang.
sehr wichtig	59,2	62,0	58,8	43,8
bedenkenswert	29,3	25,0	33,5	12,5
unwichtig	6,1	7,4	4,7	12,5
keine Angabe	5,4	5,6	2,9	31,2
Anzahl Personen	294	108	170	16

Tabelle 34: Bewertung des Politikziels Herantragen von Leistungen und Bewertung des SV-Einflußes

Noch deutlicher zeigt dieses gesundheitspolitische Profil in der Übersicht, die sich mit den Nennungen zum Ziel beschäftigt, die Versorgungsnachteile abzubauen.

Bewertung des Politikziels Versorgungsnachteile abbauen	Einfluß der SV gut?			
	Insges.	Ja	Nein	k. Ang.
sehr wichtig	51,0	45,4	55,9	37,5
bedenkenswert	32,3	38,0	30,0	18,8
unwichtig	10,5	12,0	10,0	6,2
keine Angabe	6,1	4,6	4,1	37,5
Anzahl Personen	294	108	170	16

Tabelle 35: Bewertung des Politikziels Versorgungsnachteile abbauen und Bewertung des SV-Einflußes

Gesundheitspolitisch bemerkenswert ist hier zuerst der offensichtliche Stellenwert als Reizthema. Darauf verweist u.E. der relativ hohe Anteil von "unwichtig"-Nennungen, hinter denen sich bei allen sonstigen Unterschie-

den wohl auch die prinzipielle Nichtakzeptanz des Problems verbirgt und nicht nur die Nichtinteressiertheit am Abbau erkannter Nachteile.

Bei einer weiteren Differenzierung zeigt sich z.B. für die AOK-SV eine Pointierung und weitere Umgewichtung dieser ersten Interpretation.

Bewertung des Politikziels Versorgungsnachteile abbauen	Einfluß der SV gut?			
	Insges.	Ja	Nein	k. Ang.
sehr wichtig	54,9	48,5	59,0	57,1
bedenkenswert	30,1	33,3	30,0	0,0
unwichtig	9,8	12,1	8,0	14,3
keine Angabe	5,2	6,1	3,0	28,6
Anzahl Personen	173	66	100	7

Tabelle 36: Bewertung des Politikziels Versorgungsnachteile abbauen und Bewertung des SV-Einflußes bei AOK-SV-Mitgliedern

Wie die vorhergehende Tabelle deutlich macht, wird dem Abbau von Versorgungsnachteilen für Einflußskeptiker unter den AOK-Selbstverwaltern eine noch höhere Bedeutung zugemessen. Bei diesen - nicht aber bei den Optimisten - sinkt auch der Anteil der "unwichtig"-Nemnungen. Ganz anders sieht die Relevanz dieser politischen Zielsetzung bei BKK-Selbstverwalter aus.

Bewertung des Politikziels Versorgungsnachteile abbauen	Einfluß der SV gut?			
	Insges.	Ja	Nein	k. Ang.
sehr wichtig	37,3	33,3	42,4	0,0
bedenkenswert	33,9	45,8	24,2	50,0
unwichtig	20,3	16,7	24,2	0,0
keine Angabe	8,5	4,2	9,1	50,0
Anzahl Personen	59	24	33	2

Tabelle 37: Bewertung des Politikziels Versorgungsnachteile abbauen und Bewertung des SV-Einflußes bei BKK-SV-Mitgliedern

Dort zeigt sich bei derselben Auswertung, daß u.a. selbst die generell einflußskeptischen BKK-Selbstverwalter zu fast einem Viertel, d.h. dreimal so häufig wie die vergleichbare Gruppe in der AOK-SV den Abbau von Versorgungsnachteilen für unwichtig halten. **Der Abbau von Versorgungsnachteilen spielt insgesamt**[305] **politisch also für die BKK-SV eine deutlich untergeordnetere Rolle als für die AOK-SV.**

Ähnliche Unterschiede ergeben sich auch in anderen inhaltlichen Bereichen. Ohne daß es bezogen auf die genannten Problemen Anzeichen und Gründe für gewaltige materielle Unterschiede zwischen den Kassen gäbe, sehen die BKK-Selbstverwalter deutlich weniger Probleme als die AOK-Selbstverwalter.

An einer differenzierten Auswertung, die auf ein bereits weiter oben gezeigtes Beispiel zurückgreift, soll dies noch einmal deutlicher gemacht werden. Im Gegensatz zu der Einstellung der gesamten Skeptikergruppe zur Kostendämpfung ("sehr wichtig" =77,1%) ist dieses Ziel für die BKK-Skeptikergruppe mit 57,6% "sehr wichtig"-Nennungen ein eher geringeres Ziel.

Bewertung des Politikziels Kostendämpfung	Einfluß der SV gut?			
	Insges.	Ja	Nein	k. Ang.
sehr wichtig	62,7	70,8	57,6	50,0
bedenkenswert	30,5	29,2	30,3	50,0
unwichtig	3,4	0,0	6,1	0,0
keine Angabe	3,4	0,0	6,1	0,0
Anzahl Personen	59	24	33	2

Tabelle 38: Bewertung des Politikziels Kostendämpfung und Bewertung des SV-Einflußes bei der BKK-Skeptikergruppe

Die relative Innovationsfreudigkeit der Skeptikergruppe zeigt sich - allerdings mit einigen zu erklärenden Schwankungen - aber auch bezüglich organisatorischer Bedingungen im Gesundheitswesen: So sind den Einflußskeptikern Kontakte zu anderen Sozialversicherungsträgern zu 51,8% (Durchschnitt alle 59,3%) "sehr wichtig" aber immerhin auch zu 11,2% (∅=4,6%) "unwichtig". Bei den Kontakten zum Gesundheitsamt und zu Selbsthilfeeinrichtungen unterscheiden sich beide Gruppen in ihren Einschätzungen nicht wesentlich. Den Aktionen mit anderen Kassen und der Bildung von Arbeitsgemeinschaften mit anderen Kassen aber auch mit anderen Sozialversicherungsträgern[306] messen die Skeptiker aber eine deutlich höhere Bedeutung zu.

Bewertung des Politikziels Aktionen mit anderen Krankenkassen	Einfluß der SV gut?			
	Insges.	Ja	Nein	k. Ang.
sehr wichtig	44,2	40,7	47,6	31,2
bedenkenswert	39,8	40,7	40,0	31,2
unwichtig	10,2	12,0	9,4	6,2

keine Angabe	5,8	6,5	2,9	31,2
Anzahl Personen	294	108	170	16

Tabelle 39: Bewertung des Politikziels Aktionen mit anderen Krankenkassen und Bewertung des SV-Einflußes

Bewertung des Politikziels Bildung von Arbeitsgemeinschaften	Einfluß der SV gut?			
	Insges.	Ja	Nein	k. Ang.
sehr wichtig	44,9	42,6	48,2	25,0
bedenkenswert	42,2	45,4	40,6	37,5
unwichtig	7,8	8,3	7,6	6,2
keine Angabe	4,8	3,7	2,9	31,2
Anzahl Personen	294	108	170	16

Tabelle 40: Bewertung des Politikziels Bildung von Arbeitsgemeinschaften und Bewertung des SV-Einflußes

Abschließend soll noch auf einen letzten Aspekt eingegangen werden, der indirekt aber bemerkenswert auf die Hintergründe der Art der Selbstbeurteilung des Einflußes der SV durch Selbstverwalter hinweist.

Bewertung des Politikziels Richtlinien für Geschäftsführung	Einfluß der SV gut?			
	Insges.	Ja	Nein	k. Ang.
sehr wichtig	48,6	43,5	52,4	43,8
bedenkenswert	37,8	40,7	37,6	18,8
unwichtig	8,5	12,0	7,1	0,0
keine Angabe	5,1	3,7	2,9	37,5
Anzahl Personen	294	108	170	16

Tabelle 41: Bewertung des Politikziels SV-Richtlinien für Geschäftsführung und Bewertung des SV-Einflußes

In der vorhergehenden Tabelle wird die Relevanzeinschätzung für Geschäftsführungsrichtlinien nach dem § 35 SGB IV[307] nach Einflußbeurteilergruppen dargestellt. Alles deutet darauf hin, daß und wie die Skepsis zu einem gewissen Teil als von der relativen starken Autonomie und Prägungskraft der Geschäftsführung abhängig empfunden wird und insofern auch Änderungen für wichtig gehalten werden. Da dies 163 von insgesamt 294 Befragten, d.h. rund 55% sind, kann auch nicht mehr von einem kleinen Problem gesprochen werden.

Diese Zusammenhänge lassen sich auch noch durch die Einschätzungen der Informationsqualität der Geschäftsführung plastisch machen. 88% der

Nichtskeptikergruppe, und lediglich 73,5% der Einflußskeptiker unter den Selbstverwaltern hielten die Information durch ihre Geschäftsführung für gut. Nicht gut fanden dies umgekehrt nur 11,1% der ersten aber 24,7% der zweiten Gruppe. Diese Ergebnisse sind auf dem 5%- und 1%-Niveau signifikant.

Die kritische Beschäftigung mit der Rolle der Geschäftsführung, die ja auch bereits an weiteren Stellen auftauchte, verdient daher weiter starke Beachtung.

In diesem Zusammenhang ist sicherlich wichtig, daß die SV und gerade jene ihrer Teile, die eher skeptisch und selbstkritisch sind, den Kontakten zum Kassenpersonal und dessen Weiterbildung einen sehr hohen Stellenwert einräumen. Dies gilt freilich auch für alle anderen Selbstverwalter, wenn auch auf leicht niedrigem Niveau. Dies wird durch die folgende Übersicht deutlich unterstrichen.

Bewertung des Politikziels Weiterbildung des Kassenpersonals	Einfluß der SV gut?			
	Insges.	Ja	Nein	k. Ang.
sehr wichtig	75,2	71,3	81,2	37,5
bedenkenswert	17,3	21,3	14,1	25,0
unwichtig	0,7	0,9	0,6	0,0
keine Angabe	6,8	6,5	4,1	37,5
Anzahl Personen	294	108	170	16

Tabelle 42: Bewertung des Politikziels Weiterbildung des Kassenpersonals und Bewertung des SV-Einflußes

Die Mehrzahl der bisher untersuchten Zusammenhänge sind auf dem 5%-Niveau nicht signifikant.

Untersuchten wir bisher die Gruppe der Befragten, die sich generell positiv oder negativ zum Einfluß der SV im gesundheitspolitischen Bereich geäußert haben, konzentrieren wir uns nun auf die Teilgruppe, die auf eine Reihe von vorgegebenen und offenen Fragen zur Art und Richtung der Veränderung der SV und den dazu notwendigen Rahmen- und Handlungsbedingungen geantwortet haben. Wegen der teilweise schnell zu gering werdenden Besetzungszahlen konzentriert sich unsere Auswertung fast ausschließlich auf die Orts- und Betriebskrankenkassen. Dies ermöglicht u.a. den interessanten Vergleich zwischen zwei phänomenologisch deutlich unterschiedlichen Kassenarten und ihren SV-Akteuren.

	Kassenarten					
Änderungen in der SV	insgesamt	AOK	BKK	IKK	EK	k. Ang.
direkte Wahl der SV	19,4	15,0	23,7	23,8	37,5	17,6
Wahl der GF	21,4	20,2	16,9	33,3	33,3	17,6
ein SV-Organ	7,5	6,9	5,1	14,3	12,5	5,9
Arbeitgeber raus	37,8	41,0	32,2	33,3	37,5	29,4
Hauptamt SV	5,1	6,4	1,7	4,8	0,0	11,8
kleine Organe	5,8	6,4	1,7	9,5	12,5	0,0
Selbsthilfe	21,8	20,8	23,7	28,6	25,0	11,8
sonst. 1	2,4	2,3	1,7	4,8	4,2	0,0
sonst. 2	1,0	0,6	1,7	0,0	4,2	0,0
sonst. 3	4,1	2,9	6,8	4,8	8,3	0,0
keine Angabe	39,8	38,7	44,1	28,6	37,5	52,9
Anzahl Personen	294	173	59	21	24	17

Tabelle 43: Forderungen von Änderungen der SV nach Kassenart der SV-Befragten

Die wesentlichen Ergebnisse sind: Die direkte Wahl der SV, d.h. die Abschaffung oder weite Zurückdrängung der sog. Friedenswahl wird von den AOK-Selbstverwaltern am geringsten und von den Ersatzkassen-Selbstverwaltern am höchsten bevorzugt bzw. gefordert. Letzteres hängt sicherlich von den in dieser Kassenart weitgehend schon praktizierten Direktwahlen ab, deren Vorteile offensichtlich auch auf das Gesamt-GKV-System übertragen werden sollte. In jedem Fall führt die Existenz der und die Erfahrung mit der Direktwahl nicht zu einer negativen Bewertung dieses Legitimationsverfahrens. Die höhere Präferenz von Direktwahlen bei den BKK-Selbstverwaltern gegenüber den AOK-Kollegen resultiert wahrscheinlich aus den positiven Erwartungen der BKK-SV-Mitglieder in die Wahlchancen in einem überschaubaren Bereich des Betriebs.

Bemerkenswert sind aber die Nennungen zur Rolle der Geschäftsführung, des Arbeitgebers und des hauptamtlichen Status der SV-Tätigkeit. Durchgehend sind dies für die BKK-Selbstverwalter deutlich unterwertige Aspekte bei ihren Änderungsvorstellungen. Positiv kann dies als höhere Zufriedenheit mit dem Status quo interpretiert werden.

Nimmt man noch die Forderung nach der Bildung von kleineren Organen hinzu, dann kontrastieren AOK und BKK-Selbstverwalter im Bereich der Hauptfaktoren der organisatorischen und konstitutionellen Bedingungsfaktoren der SV markant.

Die AOK-Selbstverwalter haben dabei insgesamt betrachtet deutlich überdurchschnittlich, die BKK-Selbstverwalter ebenso deutlich unterdurchschnittlich Änderungsabsichten oder -vorstellungen.

Bezogen auf andere Absichten wie z.B. die Bildung eines SV-Organs statt bisher zwei oder der stärkeren Einbeziehung der Selbsthilfe sind diese Unterschiede weit weniger deutlich.

Eine wesentliche Erklärung für die AOK-BKK-Unterschiede und einen für die Entwicklung und Diffusion politischer Konzepte, oder plakativer ausgedrückt, die Politisierung oder Repolitisierung[308] der SV und GKV hochinteressanten Hinweis findet man bei der Analyse der folgenden Tabelle:

	gewerkschaftliche Position						
Änderungsforderungen in der SV	Alle	Funktionär Einzel-GW	Funktionär DGB	Betriebsrat	BR-Vorsitzender	sonstige	k. Ang.
direkte Wahl der SV	19,4	14,3	4,3	18,6	22,9	26,0	19,4
Wahl des GF	21,4	31,4	30,4	13,4	20,0	24,4	19,4
ein SV Organ	7,5	11,4	17,4	4,1	10,0	6,9	6,5
Arbeitgeber	37,8	48,6	69,6	30,9	40,0	36,6	29,0
Hauptamt SV	5,1	11,4	17,4	2,1	2,9	3,8	3,2
kleine Organe	5,8	8,6	8,7	3,1	10,0	6,1	0,0
Selbsthilfe	21,8	25,7	17,4	26,8	21,4	25,2	16,1
sonst. 1	2,4	5,7	0,0	2,1	4,3	3,1	0,0
sonst. 2	1,0	0,0	0,0	2,1	1,4	1,5	0,0
sonst. 3	4,1	2,9	4,3	3,1	2,9	5,3	0,0
keine Angabe	39,8	20,0	21,7	47,4	37,1	37,4	54,8
Anzahl Personen	294	35	23	97	70	131	31

Tabelle 44: Forderungen von Änderungen der SV nach gewerkschaftlicher Funktion der SV-Befragten

In ihr sind die Änderungsvorstellungen der SV auf dem Hintergrund ihrer sonstigen gewerkschaftlichen Funktionen genauer betrachtbar.

Wesentliche Aussage ist die drastische inhaltliche Differenz zwischen hauptamtlichen Funktionären in Einzelgewerkschaften und beim DGB auf der einen und Betriebsräten sowie sonstigen Gewerkschaftsfunktionären (insbesondere Vertrauensleute) auf der anderen Seite. So sind fast 70% der DGB-Funktionäre für eine Veränderung der Parität zu Lasten der Arbeitgeber, aber nur noch weniger als ein Drittel, nämlich 30,9% der Betriebsräte in der SV. Zugleich sind es genauso entschieden die hauptamt-

lichen Funktionäre des DGB, die extreme Gegner der Veränderung des status quo ante bei den Sozialwahlen sind.[309]

Wir haben es mit einer eindeutigen **qualitativen Ungleichartigkeit und/oder Ungleichzeitigkeit in den Reformvorstellungen zwischen diesen beiden Gruppen** zu tun.

Je nach Blickwinkel kann dies als politische Abgehobenheit der Gewerkschafts-Hauptamtlichen von ihrer Basis oder als Ausdruck einer in dieser Basis und ihrem betrieblichen Kontext wirkenden Sozialpartnerschaftsorientierung in den nichtbetrieblichen sozialpolitischen Bereich hinein gewertet werden. Dies gilt besonders für die Forderung nach Beseitigung der Arbeitgeberparität in der GKV-SV.

Dies gilt auch dann noch, wenn die Differenz zwischen normalen Betriebsratsmitglieder und Betriebsrats-Vorsitzenden betrachtet wird. Zumindest bei der Forderung nach der Relativierung des Arbeitgeber-einflußes in der SV ähnelt die Position der Betriebsratsvorsitzenden sehr stark derjenigen der Hauptamtlichen aus den Gewerkschaftsapparaten und weniger der der einfachen Betriebsräte.

Bezogen auf den Unterschied zwischen AOK- und BKK--Selbstverwalter ist wichtig, daß unter den befragten BKK-Selbstverwaltern kein hauptamtlicher Gewerkschaftsfunktionär vertreten ist, unter den AOK-Selbstverwaltern hingegen mit 13,9% Einzelgewerkschafts- und 12,7% DGB-Funktionären (Durchschnitt für alle: 11,9% und 7,8%) überdurchschnittlich viele Vertreter mit diesen Funktionen.

Nicht unerwähnt bleiben soll, daß sicherlich neben der Tatsache der hauptamtlichen Funktion auch noch ihre Altersstruktur eine erklärende Rolle spielt:

	gewerkschaftliche Funktionen						
Alter	Alle	Funktionär Einzel-GW	Funktionär DGB	Betriebsrat	BR-Vorsitzen-der	sonstige	k. Ang.
20-30	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
30-40	11,2	22,9	21,7	8,2	10,0	8,4	9,7
40-50	32,3	45,7	30,4	39,2	35,7	35,1	3,2
50-60	38,1	28,6	47,8	41,2	44,3	37,4	29,0
älter	16,3	2,9	0,0	11,3	10,0	19,1	38,7
keine Angabe	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	19,4
Anzahl Personen	294	35	23	97	70	131	31

Tabelle 45: Altersstruktur der Selbstverwalter nach gewerkschaftlicher Funktion

So sind nach der vorstehenden Tabelle fast 22% der DGB-Funktionäre und 23% der Einzelgewerkschaftsfunktionäre unter 40 Jahre alt, aber lediglich 8% der Betriebsräte und 10% der sonstigen betrieblichen Funktionäre.

An dieser Stelle sollen auch mögliche altersspezifische Unterschiede bei den Änderungsvorstellungen betrachtet werden.

	Altersgruppen					
Änderungen in der SV	Alle	20-30	31-40	41-50	51-60	älter	k. Ang.
direkte Wahl der SV	19,4	0,0	18,2	16,8	20,5	25,0	0,0
Wahl der GF	21,4	0,0	30,3	20,0	20,5	22,9	0,0
ein SV Organ	7,5	0,0	18,2	8,4	3,6	8,3	0,0
Arbeitgeber	37,8	0,0	51,5	38,9	39,2	25,0	16,7
Hauptamt SV	5,1	0,0	12,1	7,4	3,6	0,0	0,0
kleine Organe	5,8	0,0	9,1	5,3	4,5	8,3	0,0
Selbsthilfe	21,8	0,0	33,3	18,9	23,2	18,8	0,0
sonst. 1	2,4	0,0	0,0	1,1	3,6	4,2	0,0
sonst. 2	1,0	0,0	0,0	0,0	1,8	2,1	0,0
sonst.3	4,1	0,0	0,0	3,2	7,1	2,1	0,0
keine Angabe	39,8	0,0	24,2	38,9	39,3	47,9	83,3
Anzahl Personen	294	0	33	95	112	48	6

Tabelle 46: Vorstellungen zu ausgewählten Änderungen der SV nach Altersstruktur der Befragten

Deutlich wird die Haltung zur Arbeitgeberparität durch das Alter mitgeprägt. Bei den unter 40-Jährigen ist dies z.B. ein vorrangiges Ziel. Wichtig ist, daß eine erhebliche Minderbewertung dieser Änderungsabsicht erst bei SV-Mitgliedern auftaucht, die über 60 Jahre alt sind. Daß das Alter durchaus durch andere Funktionen und Einflüsse als Erklärungsfaktor mehr oder weniger radikaler Veränderungsabsichten überlagert und verdrängt werden kann, zeigt sich bei der Forderung nach der direkten Wahl der Selbstverwalter. Dort bremst u.E. die Arbeitsbelastung durch Wahlen auch die jüngeren hauptamtlichen Gewerkschaftsfunktionäre erheblich.

	Stellung in der Selbstverwaltung				
Änderungen in der SV	Alle	VV	VS	Ausschuß	k. Ang.
direkte Wahl der SV	19,4	22,6	15,5	20,2	12,0

Wahl der GF	21,4	21,9	21,6	24,2	16,0
ein SV Organ	7,5	4,5	11,2	8,1	4,0
Arbeitgeber	37,8	34,8	40,5	45,5	36,0
Hauptamt SV	5,1	3,9	6,9	8,1	4,0
kleine Organe	5,8	5,8	5,2	5,1	4,0
Selbsthilfe	21,8	22,6	20,7	21,2	16,0
sonst. 1	2,4	1,3	4,3	0,0	0,0
sonst. 2	1,0	0,6	1,7	2,0	0,0
sonst. 3	4,1	1,9	7,8	6,1	0,0
keine Angabe	39,8	40,0	37,9	38,4	52,0
Anzahl Personen	294	155	116	99	25

Tabelle 47: Vorstellungen zu ausgewählten Änderungen der SV nach Stellung der Befragten in der SV

Die Verteilung der Reformpräferenzen nach Organzugehörigkeit (siehe die letzte Tabelle) hängt u.E. teilweise von der überdurchschnittlichen Präsenz von Gewerkschafts-Hauptamtlichen in den Vorständen der Ortskranken-kassen ab. Dies ist der Hauptgrund für die leicht überdurchschnittliche Präferenz der Aufhebung der Arbeitgeber-Parität in den Reihen der VS-Mitglieder.

Ein weiteres Zeichen für diesen Zusammenhang ist die unterdurchschnitt-liche Forderung nach direkten SV-Wahlen.

Verständlich, aber niedriger als erwartet ist die massive Forderung nach der Einführung des „hauptamtlichen Ehrenamtlichen“ in der SV durch 6,9% der Mitglieder von SV-Vorständen.

Eine letzte bemerkenswerte Differenz zwischen VS- und VV-Akteuren in der SV existiert bei der Überlegung bzw. Forderung, aus den zwei bisheri-gen Organen ein Organ zu machen. Die eindeutige Bevorzugung durch die VS-Mitglieder reflektiert **erhebliche bisherige Funktionsprobleme zwischen den Organen und ihren Mitgliedern.**

Auf eine ausführlichere Untersuchung der Zusammenhänge von Verände-rungskonzepten und Beginnzeitpunkt in der SV wird hier verzichtet. Grob zeigt sich ein relativ uneinheitliches Bild, das den Versuch einer eindeuti-gen Interpretation fast zu jedem Teilproblem scheitern läßt. Die Größe der Stichprobe ist einer der härtesten Hemmfaktoren für weitere Analysen.

	Beginn der Selbstverwaltungstätigkeit							
Änderungen in der SV	Alle	86-88	80-86	74-80	68-74	62-68	länger	k. Ang.

Direkte Wahl der SV	19,4	20,0	18,9	20,0	28,6	20,8	10,5	13,0
Wahl der GF	21,4	22,0	21,1	21,8	32,1	20,8	15,8	13,0
Ein SV Organ	7,5	10,0	10,5	3,6	7,1	0,0	10,5	4,3
Arbeitgeber	37,8	34,0	43,2	36,4	32,1	50,0	26,3	30,4
Hauptamt SV	5,1	10,0	4,2	5,5	3,6	4,2	0,0	4,3
Kleine Organe	5,8	8,0	8,4	1,8	0,0	8,3	5,3	4,3
Selbsthilfe	21,8	16,0	23,2	29,1	25,0	16,7	31,6	4,3
Sonst. 1	2,4	0,0	5,3	1,8	0,0	0,0	5,3	0,0
Sonst. 2	1,0	0,0	1,1	0,0	3,6	0,0	5,3	0,0
Sonst. 3	4,1	0,0	4,2	9,1	3,6	4,2	5,3	0,0
Keine Angabe	39,8	38,0	38,9	38,2	42,9	29,2	42,1	56,5
Anzahl Personen	294	50	95	55	28	24	19	23

Tabelle 48: Vorstellungen zu ausgewählten Änderungen der SV nach Zugehörigkeitsdauer der Befragten zur SV

Auf der Basis dieser Tabelle soll dies wieder am Beispiel der Arbeitgeber-parität verdeutlicht werden. Eine Hypothese wäre, daß die praktische Relevanz der Arbeitgeber-Parität von "jungen" Selbstverwaltern noch nicht erkannt und in politische Änderungsvorstellungen umgesetzt wird. Erst nach einigen Versuchen, d.h. nach einigen Jahren müßte die Forderung nach einer Änderung auftauchen und drängender werden.

Dies scheint durch unsere Ergebnisse bis 1980-86 zuzutreffen, dann aber für 1968-74er-Selbstverwalter nicht mehr, für 1962-68-er aber erneut und zwar deutlicher denn je und schließlich für die Selbstverwalter, die noch länger im Amt sind, dann wieder nicht mehr. Letzteres deutet auf eine Erklärungsmöglichkeit hin, nach der frustrierte Selbstverwalter aufhören und eine relativ zufriedene Selbstverwaltung zurücklassen.

Dann wäre allerdings der Anteil von 50% der Befragten, welche die Parität ändern wollen bei den 1962-68-er Selbstverwaltern schwer zu erklären.

In jedem Fall wird eines deutlich: Die in vielen anderen Untersuchungen unterstellten linearen Zusammenhängen von antizipierten Konsensfallen und einem u.a. daraus resultierenden Arrangement mit der Arbeitgeber-präsenz in der SV ist lediglich das instabile Produkt eines weit differenzierteren und widersprüchlicheren Prozesses der Auseinandersetzung der Selbstverwalter mit diesen Strukturen.

Da es sich also um nichtlineare Zusammenhänge mit Friktionen und zahlreichen „points of return“ handelt, ist die Chance, ihre Wirksamkeit zu durchbrechen, das Problem zu thematisieren und evtl. offen politisch aus-

zutragen größer als dies die o.g. Analysen vermuten lassen. Jedenfalls bestehen in den Einstellungen und Bewußtseinsstrukturen der Akteure vielfältige Ansatzpunkte.

Abschließend zu diesem Komplex untersuchen wir die Zusammenhänge von Veränderungskonzepten mit gesundheitspolitischen Zielvorstellungen sowie mit innerorganisatorischen bzw. innergewerkschaftlichen Kritikpositionen noch etwas genauer.

Für den ersten Themenkreis wurde nachfolgend eine Auswahl getroffen und zwar wurden einzelne inhaltliche, jeweils für "sehr wichtig" gehaltenen Ziele mit den Veränderungsabsichten im Bereich der Arbeitgeber-Parität und der befristeten Geschäftsführerwahl verglichen.

Politikziele (Nennung „sehr wichtig“)	Änderung Abbau der Arbeitgeber-parität Durchschnittsnennung = 37,8%	Änderung regelmäßige Wahl der Geschäftsführung Durchschnitts-nennung = 21,4%
Kostendämpfung	40,6	26
Mehr Leistungen	45,4	18,6
Krankheitsursachen	41,8	23,6
Inanspruchnahme reduzieren	27,3	22,7
Primärprävention	38,5	21,6
Beitrag senken	35,8	16,8
Abbau Versorgungsnachteile	41,3	26,0
Richtlinien für Geschäftsführung	42,7	21,7

Tabelle 49: Zusammenhänge von ausgewählten politischen Zielen und ausgewählten Veränderungen in der SV-Struktur

Dabei ergeben sich einige durchgängige Muster politischen Bewußtseins.

So wird nur von den Selbstverwaltern, die ebenfalls das Ziel bzw. die Absicht verfolgen, die Leistungs-Inanspruchnahme (27,3%) und den Beitrag zu senken (35,8%) die Beseitigung der Arbeitgeber-Parität für unwichtig gehalten. Wer Leistungen ausdehnen will oder Nachteile abbauen möchte, fordert auch überdurchschnittlich diese strukturelle Veränderung. Die strategisch-instrumentelle Bedeutung der Parität wird offensichtlich gerade von der innovationsfreudigen Gruppe der Selbstverwalter erkannt. Umgekehrt hängt aber auch die Wichtigkeit der Veränderung der Parität vom Vorhandensein anderer inhaltlicher Ziele ab.

Auch bezüglich der Rolle der Geschäftsführung zeigt sich ein differenziertes Bild: Von denjenigen Befragten, die Beitragssenkungen und Leistungsausdehnungen für wichtig hielten, fordert nur ein unterdurchschnitt-

lich großer Anteil die befristete Wahl der Geschäftsführung. Diejenigen, die das Ziel "Versorgungsnachteile abzubauen" als "wichtig" betrachten, fordern die befristete Wahl der Geschäftsführung dagegen weit überdurchschnittlich. Hier wird offensichtlich befürchtet, daß die Verwaltung solchen Zielen eher negativ oder zögerlich gegenüber steht und daher die Möglichkeit einer personellen Alternative existieren muß. Für weitere Auswertungen auf breiterer Basis ist insbesondere die Ursache des latenten Widerspruchs zwischen dem Ziel "Leistungen ausdehnen" und der dieses Ziel objektiv konkretisierenden Absicht "Nachteile abbauen" genauer zu untersuchen.

Bei der Untersuchung von Bewußtseins- und Politikzielinhalten unterschiedlicher Art und Konsistenz und Stabilität ist auch der Vergleich zwischen den Änderungsforderungen vor allem an den Gesetzgeber und jenen intern an die Gewerkschaften gerichteten Kritiken und impliziten Alternativen relevant.

Änderungen in der SV	Alle	Zuviel Funktionäre	Zuviel Proporz	Zu wenig „einfache“ Betriebsangehörige	Zu wenig Junge
direkte Wahl der SV	19,4	38,5	27,9	33,3	27,7
Wahl der GF	21,4	28,2	36,1	25,9	40,4
ein SV Organ	7,5	10,3	23,0	14,8	14,9
Arbeitgeber	37,8	48,7	52,5	40,7	57,4
Hauptamt SV	5,1	0,0	11,5	3,7	6,4
kleine Organe	5,8	15,4	14,8	11,1	12,8
Selbsthilfe	21,8	33,3	36,1	33,3	44,7
sonst. 1	2,4	0,0	0,0	7,4	2,1
sonst. 2	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
sonst. 3	4,1	2,6	4,9	0,0	0,0
keine Angabe	39,8	20,5	18,0	22,2	21,3
Anzahl Personen	294	39	61	27	47

Tabelle 50: Vorstellungen zu Änderungen in der SV und Kritik an der Kandidatenaufstellung

Die vorstehende Tabelle gibt beleuchtet diesen Zusammenhang ansatzweise.

Auf die Kritiker der Aufstellungsprozeduren für Selbstverwalter gehen wir weiter unten noch näher ein. Offensichtlich ist, daß diese auch fast durchgehend überdurchschnittlich veränderungsbereit hinsichtlich der Organisationsbedingungen der SV-Arbeit sind.

Daß und wie der von uns bereits analysierte wesentliche Einfluß der hauptamtlichen Gewerkschaftsfunktionäre auch hier zum Tragen kommt, zeigt sich erneut am plastischsten an der Stellung zur Arbeitergeberparität in SV-Organen.

Die relativ jungen hauptamtlichen Funktionäre, die überdurchschnittlich kritisch gegenüber dieser Parität sind, erklären die 57,4% Paritätskritiker in der Kritikergruppe, die mehr junge Kandidaten haben wollen. Anders in der Gruppe derjenigen, die zuwenig Betriebsvertreter in der SV sehen. Der höhere Anteil von Betriebsräten in dieser Gruppe senkt die Änderungsabsicht bei der Parität auf 40,7% ab, d.h. fast auf den Durchschnittswert.

In der Gruppe, die über zu viel Funktionäre unter den Kandidaten klagt, finden sich diese erwartungsgemäß sehr selten und entsprechend sinkt auch hier die Zahl der Arbeitergeberparität-Kritiker.

Alle nicht ausdrücklich anders gewerteten Ergebnisse im vorhergehenden Teil sind aber selbst auf dem 5%-Niveau nicht signifikant. Dies liegt überwiegend an der geringen Zellenbesetzung und unserer Praxis, dann auf Berechnungen zu verzichten.

Auch wenn der Schwerpunkt der Analysen auf einem Vergleich der Positionen hauptamtlicher Gewerkschaftsfunktionäre und betrieblicher Funktionsträger liegt, sei hier einmal auch auf die Positionen der Nichtfunktionäre unter den gewerkschaftlich organisierten Selbstverwaltern eingegangen. Als Folge des eingangs dargestellten Selektionsbias dieser Untersuchung sind sie mit 26 Personen stark unterrepräsentiert und können daher aus quantitativen Gründen oft nicht genauer untersucht werden. Bei allen Beschränkungen läßt sich aber gerade bei den Fragen zum Einfluß der SV und den Änderungsvorstellungen auch eine spezifische bewußtseinsmäßige Position dieser Gruppe erkennen.

Den SV-Einfluß bewerten Angehörige dieser Gruppe am kritischsten: 69,2% verneinen ihn.

Die nächste Übersicht weist sie in einigen Teilkomplexen auch als weit veränderungsinteressierter aus als die gewerkschaftlichen Funktionsträger insgesamt.

Änderungen in der SV	Alle	Sonstige gewerkschaftliche Funktionen	Keine sonstigen gewerkschaftlichen Funktionen	k. Ang.
direkte Wahl der	19,4	17,7	30,8	28,6

SV				
Wahl der GF	21,4	21,7	23,1	14,3
ein SV Organ	7,5	7,1	11,5	7,1
Arbeitgeber	37,8	38,2	42,3	21,4
Hauptamt SV	5,1	5,5	3,8	0,0
kleine Organe	5,8	5,9	3,8	7,1
Selbsthilfe	21,8	22,4	19,2	14,3
sonst. 1	2,4	2,8	0,0	0,0
sonst. 2	1,0	1,2	0,0	0,0
sonst. 3	4,1	4,7	0,0	0,0
keine Angabe	39,8	40,2	38,5	35,7
Anzahl Personen	294	254	26	14

Tabelle 51: Vorstellungen zu Änderungen der SV und andere gewerkschaftliche Funktionen

Dies gilt besonders für die Frage der direkten Wahl der SV aber auch für die Haltung gegenüber der Arbeitgeberparität.

Es zeichnet sich also über die bisherige **Polarisierung hauptamtlicher und betrieblicher Gewerkschaftsfunktionsträger** eine **Dreigliederung oder -stufigkeit zwischen den genannten Gruppen und nun zusätzlich der Nicht-Gewerkschaftsfunktionsträger in der SV ab, in der ein deutliches Gefälle bzw. eine Interessensdifferenzierung** existiert.

Zusammenfassend läßt sich zu den gesundheitspolitischen Positionen und Veränderungsinteressen der SV-Akteure sagen:

- Es gibt eine unerwartet differenzierte und verbreitete kritische, selbstreflexive Beschäftigung mit der eigenen Tätigkeit. Von einem durchgängigen "niedrigen politischen Niveau"[310] kann danach nicht die Rede sein.
- Die generelle Skepsis gegenüber der Einflußmöglichkeit von SV führt nicht zu totaler Resignation oder ungerichtetem Selbstmitleid, sondern verbindet sich weiterhin bei viel SV-Mitgliedern mit differenzierten und gewichteten Vorstellungen zur Veränderung der SV und ihrer Tätigkeitsinhalte.
- Dabei dominieren Vorstellungen zur Veränderung eher interner Funktionsbedingungen der Tätigkeit während das Klagen über die staatliche Prädominanz bzw. Appelle für eine Entstaatlichung der SV eher nachrangig sind.
- Die innovative Gruppe der SV-Mitglieder wird vorrangig durch junge, hauptamtliche Gewerkschaftsfunktionäre gestellt, wobei sich selbst bei

traditionellen gewerkschaftlichen Forderungen (Arbeitgeber-Parität) eine gewisse Polarisierung zur betrieblichen Funktionärsbasis abzeichnet und sich auch hauptamtliche Gewerkschaftsfunktionäre durch interne Rollenerwägungen (möglicherweise die befürchtete Arbeitsbelastung) in einigen Bereichen von Innovation zurückhalten. (z.B. direkte Sozialwahl). Auf die Rolle der Nicht-Gewerkschaftsfunktionäre im Hauptamt und im Betrieb werden wir noch genauer eingehen.

- Diese Polarisierung wirkt in das Verhältnis von AOK und BKK hinein.

- Die Innovationsfreudigkeit, d.h. die hohe Bereitschaft über aktive und alternative Gesundheitspolitik intensiv und detailliert konzeptionell nachzudenken, handeln zu wollen und organisatorische Umstrukturierungen anzugehen, besitzt eine relativ konsistente Breite. Ein "harter Kern" der Selbstverwalter hat daher eine bewußtseinsmäßige Ausgangsposition und organisatorisch-strategische Fähigkeit ,die bereits analytisch als notwendig bestimmte Aufgabe und Rolle der Reformulierung und Reinstitutionalisierung der GKV als gesundheitspolitische "Regieinstanz" subjektiv zu übernehmen und zu erfüllen.

- Da ein "harter Kern" aber nicht ausreicht und eine relative bewußtseinsmäßige Polarisierung der Selbstverwalter de facto existiert, ist auch klar, daß es einer wohlerwogenen Fülle politisch-ideologischer Anstrengungen und Anstrengungen exemplarischer Erfahrungssammlung und Lernens bedarf, diesen "Kern" auszudehnen.

9.2.4.2 Überlegungen zur Zusammensetzung der Selbstverwaltung

Da in der kritischen Literatur auch immer wieder auf die problematische Art und Weise der Rekrutierung und Aufstellung der SV-Kandidaten verwiesen wurde, spielte dieser überwiegend innergewerkschaftliche Prozess auch in unserer Befragung eine Rolle.

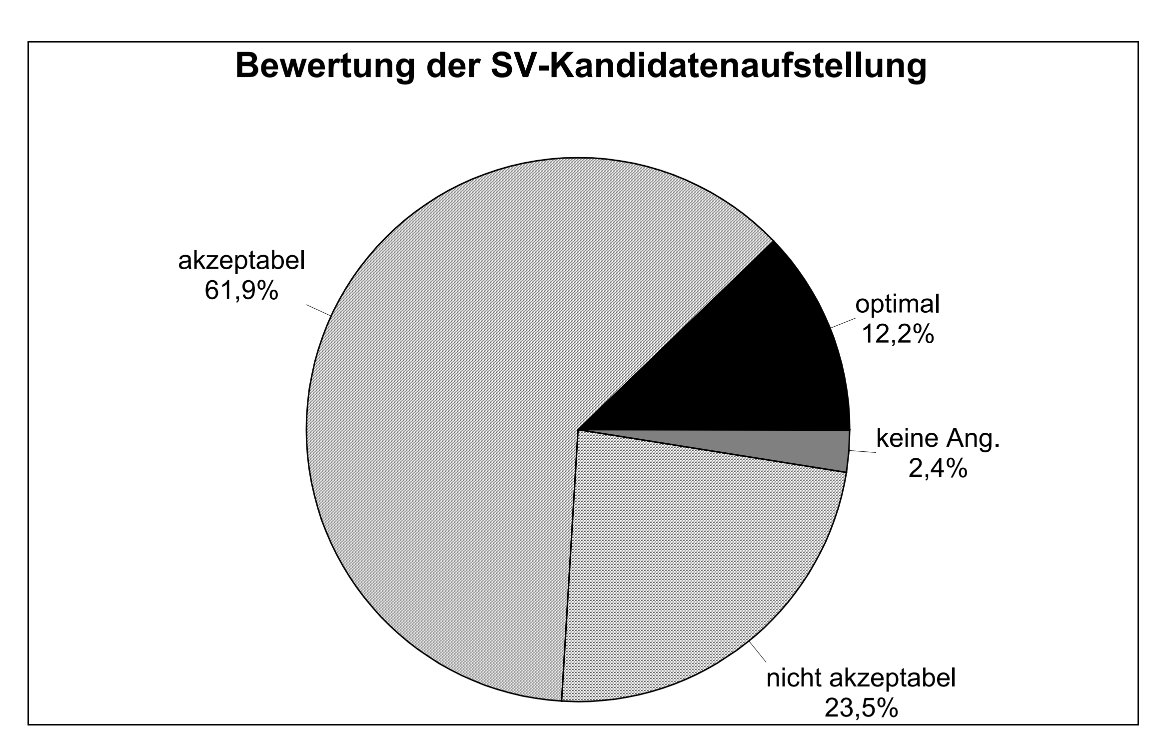


Abbildung 32: Bewertung der SV-Kandidatenaufstellung

Nur knapp über 12% der Befragten halten die Kandidatenaufstellung für optimal, fast doppelt soviel sie dagegen für unakzeptabel.

Nach den Hauptgründen dieser Bewertung gefragt (auch hier gab es die Möglichkeit, vorgegebene Gründe und andere Gründe offen zu nennen[311]), stand die Kritik am Proporz der Einzelgewerkschaften auf der DGB-Liste und an einer "Vergreisung" der Kandidaten und Funktionsträger im Vordergrund.

Im Vordergrund der sonstigen Antworten und Kritiken standen:

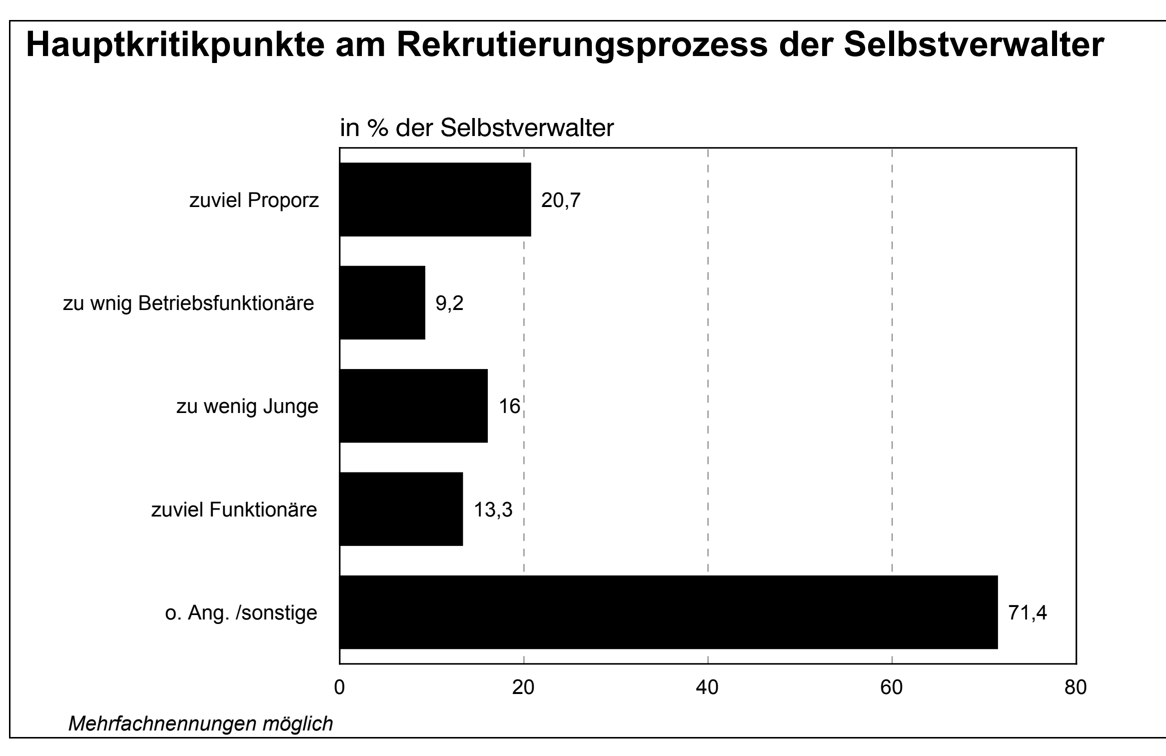


Abbildung 33: Hauptkritikpunkte am Rekrutierungsprozess der Selbstverwalter

Nach einem kurzen Blick auf die innere Struktur der allgemeinen Kritiker der Kandidatenaufstellung wollen wir etwas ausführlicher die Gruppe derjenigen Selbstverwalter untersuchen, die wiederum konkrete Kritik und implizit Alternativkonzepte zur Rekrutierung artikuliert.

Auch hier gibt es, wie die nächste Tabelle zeigt, deutliche Unterschiede zwischen AOK- und BKK-Selbstverwaltern. Unter der Maßgabe der oben betonten "Randstellung" der Ersatzkassen in unserer Analyse fällt zusätzlich auf, daß fast die Hälfte der EK-Selbstverwalter die Kandidatenaufstellung für nicht akzeptabel halten.

Je weiter die ausgeübte SV-Funktion von der jeweiligen Basis entfernt ist, desto höher ist die Akzeptanz der Kandidatenaufstellung. So haben durchschnittlich 23,5% aller Befragter Akzeptanzprobleme bei der Rekrutierung, während dies lediglich noch 19,7% aller Organvorsitzenden, 18,7% der Mitglieder von Landesverbands-Vertreterversammlungen, 11,8% der Vorstände auf Landesverbandsebene und schließlich nur noch 11,1% (aber nur noch 9 Personen) der Mitglieder von Bundesverbands-Vertreterversammlungen ebenso sehen.

Betrachtet man den geringen Frauenanteil von 8,8% in der SV überrascht der geringe Anteil von 30,8% unter den weiblichen Befragten, der die Kandidatenaufstellung für nichtakzeptabel fand. Männliche Selbstverwalter

teilten diese Bewertung nur auf geringfügig niedrigerem Niveau, nämlich zu 23,4%

Nach dem Lebensalter betrachtet sind im wesentlichen die jungen (30-40-Jährigen) mit 36,4% aber auch die über 60-Jährigen mit 29,4% über die Aufstellung unzufrieden (∅ 20% für nichtakzeptabel).

Wer keine sonstigen gewerkschaftlichen Funktionen hat, hält das Aufstellungsverfahren zu 30,8% für inakzeptabel und die hauptamtlichen Gewerkschaftsfunktionäre sind auch hier mit 28,6% (Einzelgewerkschaften) und 39,1% (DGB) im Gegensatz zu den Betriebsräten (14,4%) und teilweise auch zu den Betriebsratsvorsitzenden (22,9%) kritischer.

Sieht man sich die einzelnen kritischen Aspekte der Aufstellung getrennt nach Kassenarten an, zeigen sich erneut und zusätzlich kassenartspezifische Bedingungen.

	Kassenarten der Selbstverwalter					
Kritikpunkte an der Kandidaten-aufstellung	insgesamt	AOK	BKK	IKK	EK	k. Ang.
zuviel Funktionä-re	13,3	15,0	3,4	19,0	29,2	0,0
zuviel Proporz	20,7	27,2	3,4	19,0	20,8	17,6
zu wenig Be-triebs'-,	9,2	8,7	0,0	28,6	25,0	0,0
zu wenig Junge	16,0	19,7	10,2	9,5	20,8	0,0
Typ 1	2,4	1,7	1,7	4,8	0,0	11,8
Typ 2	0,7	0,6	0,0	0,0	4,2	0,0
Typ 3	7,8	9,8	0,0	23,8	4,2	0,0
keine Angabe	60,5	54,3	84,7	42,9	50,0	76,5
Anzahl Personen	294	173	59	21	24	17

Tabelle 52: Kritik an der Aufstellung von SV-Kandidaten nach Kassenart der Befragten

Da die BKK-Selbstverwalter einen relativ geringen Anteil an Funktionären und wegen der Betriebsgebundenheit praktisch keine Proporzprobleme haben, werden diese Faktoren von den dort aktiven Selbstverwaltern auch nur sehr wenig kritisiert. Auch die AOK-Selbstverwalter, selbst überdurchschnittlich häufig Funktionäre, halten sich hier deutlich zurück. Sehr kritisch sind hier lediglich Selbstverwalter aus dem IKK- und dem EK-Bereich.

9.2.4.3 Hauptaspekte der politischen Einstellungen, Absichten und Konzepte von Selbstverwaltern

An mehreren Stellen haben wir bereits Verbindungen zwischen Bewußtseinsinhalten, Alternativkonzepte zur Organisation der SV und ihren politischen Zielvorstellungen hergestellt, untersucht und hierbei einige interessante Zusammenhänge und Erklärungen gefunden.

In diesem Abschnitt soll nun ausführlicher auf dieses politische "Profil" der SV, die inhaltlichen Konturen des "subjektiven Faktors", das Wollen, die Intentionen der Akteure und damit auch auf die subjektiven Ansatzpunkte zur Diskussion und praktischen Umformung alternativer gesundheitspolitischer Konzepte in Handlungen der SV eingegangen werden. Dabei geht es ebenfalls und ausführlich um die möglichen Bestimmungsgründe der vorgefundenen konzeptionellen Profile.

Vor der eigentlichen inhaltlichen Analyse soll nochmals an einige methodische Besonderheiten dieses Merkmalbereichs erinnert werden: Der Kern der für diesen Bereich verfügbaren Daten ist ordinalskaliert, d.h. wir können Stärke und Richtung der Zusammenhänge anders als bisher genauer untersuchen. Zusammen mit der dabei bevorzugten Berechnung des Rangkorrelationskoeffizienten R (nach Spearman) erfolgt auch die jeweilige Signifikanzprüfung. Insofern lassen sich deutlicher als bisher Muster und Konfigurationen mehrerer politischer Elemente analysieren.

Bereits bei der Rohdatenerfassung hat sich gezeigt, daß die Skalen teilweise ausgesprochen ungleichgewichtig oder einseitig besetzt sind. Konkret überwog die positive Bewertung der meisten inhaltlichen Aspekte als insgesamt „wichtig“ fast durchweg und erheblich die als „unwichtig“. Es ist anzunehmen, daß sich hier auch der Bias dieser Befragungsgruppe deutlich auswirkt.

Wir interpretieren die verschiedenen Ränge der Skala folgendermaßen: Die Bewertung als "sehr wichtig" erfolgt aus einer sehr starken, präsenten kognitiven, emotionalen und/oder politischen Hochschätzung der gesundheitspolitischen Einzelposition, die auch hohen praktischen Anspruch besitzt. Die Bewertung "bedenkenswert" zeigt eine mittlere, nicht ständig stabil präsente Wertschätzung, die nur latenten praktischen Anspruch hat. Zwischen den Überlegungen und Handlungen liegen in diesem Fall noch vielfältige Diskussionen, Reflexionen und auch Schritte, welche die Absicht zum Scheitern bringen können. Die Bewertung "unwichtig" signali-

siert die aktuelle Nichtexistenz jeglicher programmatisch-politischer Überlegungen und praktischen Umsetzungsbemühungen zu dem Einzelziel.

In der nächsten, umfänglichen Übersicht sind für alle politischen Merkmale die drei verschiedenen Bewertungsmöglichkeiten zusammengestellt worden:

Politikziele	Sehr wichtig		bedenkenswert		unwichtig	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Kostendämpfung	219	74,5	63	21,4	5	1,7
Leistungen ausdehnen	97	33,0	159	54,1	20	6,8
Kontakte Versicherte	250	85,0	31	10,5	0	0,0
Kontakt Personal	166	56,5	87	29,6	23	7,8
Weiterbildung Personal	221	75,2	51	17,3	2	0,7
Ursachen Krankheiten	237	80,6	29	9,9	10	3,4
Leistungs-IA reduzieren	22	7,5	188	63,9	60	20,4
Kontakte Träger	163	55,4	91	31,0	24	3,2
Kontakte GA	157	53,4	82	27,9	31	10,5
Kontakte SH	181	61,6	79	26,9	17	5,8
Finanzkontrolle	264	89,8	17	5,8	2	0,7
Verhältnisprävention	283	96,3	4	1,4	0	0,0
Verhältnisprävention	221	75,2	52	17,7	6	2,0
Quako Anbieter	241	82,0	34	11,6	3	1,0
Gezielte Angebote	179	60,9	91	31,0	11	3,7
Beitrag senken	95	32,3	152	51,7	28	9,5
ÖA SV	233	79,3	43	14,6	4	1,4
Aktionen Kassen	130	44,2	117	39,8	30	10,2
Bildung AG	132	44,9	124	42,2	23	7,8
Herantragen Leist.	174	59,2	86	29,3	18	6,1
Versorgungsnachteile	150	51,0	95	32,3	31	10,5
IA Früherkennung	247	84,0	32	10,9	3	1,0
Medikamente senken	229	77,9	54	18,4	4	1,4
Alternative Methoden	183	62,2	86	29,3	14	4,8
Koop. VV/VS	263	89,5	21	7,1	2	0,7
Richtlinien GF	143	48,6	111	37,8	25	8,5
Anzahl Personen	294		294		294	

Tabelle 53: Bewertung ausgewählter Politikziele durch Selbstverwalter

Hieraus ergeben sich folgende wesentliche Ergebnisse:

Die Kostendämpfung und in weiterem Sinne die Finanzprobleme der GKV sind die konkreten gesundheitspolitischen Herausforderungen, die alle an-

deren Inhalte an Relevanz weit überschreiten und dominieren. Dies zeigt sich an der herausragenden Bewertung der Faktoren Kostendämpfung, Finanzkontrolle Leistungsanbieter und - weil letztlich auch stark finanzorientiert - der Qualitätskontrolle der Leistungsanbieter.[312]

Eine Ausdehnung des Leistungsangebotes aber auch eine Beitragssenkung haben bei weitem nicht den Stellenwert der Kostendämpfung. Dieses Ziel erweist sich daher als rein reaktives und defensives Ziel, aus dessen Bewältigung keine positiven Aktivitäten z.B. für die Leistungsgestaltung folgen. Dies reflektiert u.E. eine Notsituation in der sich die SV bei der Finanzierung laufender Aktivitäten wähnt oder tatsächlich steckt. Bei der Überlegung, Leistungen gezielt auszudehnen scheinen uns vor allem die Antizipation weiterer Kostendämpfungsprobleme als bremsendes Element existent und wirksam zu sein.

Die Kehrseite dieses Kostendämpfungsbewußtsein ist aber nicht nur die Nichtbereitschaft, Leistungen auszudehnen, sondern auch eine offene bis latente Bereitschaft, die Leistungs-Inanspruchnahme zu beeinflussen und zu reduzieren. Immerhin 7,5% unserer Befragten halten dieses Ziel für "sehr wichtig" und 63,9% für "bedenkenswert". Lediglich 20,4% halten es für "unwichtig".

Die sehr häufige Bewertung zweier weiterer gesundheitspolitischer Positionen oder Absichten als "sehr wichtig", nämlich der Ermittlung von Krankheitsursachen und die Möglichkeiten der Primärprävention scheint aber einigen der bisher formulierten Thesen zu widersprechen. Warum wir dies nicht so sehen, liegt zum einen darin, daß die Ursachenermittlung von Krankheiten bei aller Wichtigkeit und aller Konfliktfähigkeit noch sehr vage und unspezifisch ist und dies auch für das Ziel der Primärprävention gilt. Wie noch gezeigt wird, stehen beide Ziele auch weitgehend in keinem Zusammenhang mit handlungsnaheren Zielen und Absichten [313], welche die allgemeinen Ziele präzisieren könnten. In beiden Fällen handelt es sich um Programmformulierungen, die auf ihrem hohen und abstrakten Niveau für wichtig gehalten werden, aber sogar in unserem Fragebogen keinen Niederschlag in präziseren, operationalisierten Teilzielen finden. Ähnliches gilt für das Ziel des Versichertenkontakts, für das offensichtlich auch keine konkreteren Vorstellungen vorhanden sind. Hier ist sicherlich einerseits das hohe Interesse positiv zu bewerten, doch schon eine vorgegebene Operationalisierung in Gestalt der Öffentlichkeitsarbeit der SV rückt auf der Wichtigkeitsskala ein Stückchen nach hinten.

Eine Frage, die ebenso wie die Frage nach den Versichertenkontakten auf die Stärkung der intermediären Kompetenz der SV abzielt, ist die nach dem Verhältnis zur Selbsthilfebewegung. Diese hat sich teilweise aus der erfahrenen Unfähigkeit existierender Vermittlungs- und Versorgungsformen zwischen Individuum und politischen Institutionen sowie Versorgungseinrichtungen und ihren Konzeptionen entwickelt. Die Selbsthilfe ist für die SV eindeutig von großer Wichtigkeit. Trotzdem signalisieren die Nennung von 26,9% "bedenkenswert"-Urteilen und die Einstufung als "unwichtig" durch 5,8% auch ein weiterhin ambivalentes oder mißtrauisches Verhältnis der "alten" intermediären Institution SV und ihrer Akteure zu der "neuen" Institution.

Trotzdem ist in Anknüpfung an die Bewertung der externen Institution Selbsthilfe die Bewertung der Kontakte zu anderen, sozialversicherungspolitisch internen Institutionen durch die SV für sich und im Vergleich sehr interessant. Dies deshalb, weil sie den Grad von Verschleißprozesse tradierter gesundheitspolitischer Interaktions- und Kooperationsbeziehungen und einen damit einhergehenden Vertrauensverlust in die Kompetenzen dieser Institutionen zeigen. Egal ob man die Kontakte zu anderen Sozialversicherungsträgern (sehr wichtig=55,4%), Kontakte zum Gesundheitsamt (sehr wichtig=53,4%) oder gar die Aktionen mit anderen Kassen mit 44,2% "sehr wichtig"-Nennungen nimmt, sie werden alle mehr oder weniger nicht als so wichtig angesehen wie die Verbindungen zur Selbsthilfe. Auch die Einstufung als "unwichtig" variiert zwischen 10,5% (Gesundheitsamt) und 8,2% (Sozialversicherungskontakte).

Schlechte Erfahrungen, marketinggefärbte Trägeregoismen oder niedrige Horizonte der Problemsicht und daraus resultierende Hoffnungen auf den Erfolg isolierter Einzelaktionen beeinträchtigen erheblich die Möglichkeiten, durch interne Optimierung des Sozialversicherungssystems innovativen sozialpolitischen Aktivitäten näherzukommen.

Folgerichtig wird das u.a. von den Autoren der WSI-Studie von 1977 als notwendige Ergänzung der Handlungsfähigkeit für zentral erklärte politische Modell der Arbeitsgemeinschaften zwischen den Kassenarten und anderen Sozialversicherungsträgern ebenfalls sehr niedrig beurteilt. Nur 44,9% halten die Bildung von Arbeitsgemeinschaften für "sehr wichtig" und 7,8% dagegen sogar für "unwichtig". Dabei sind es die SV-Mitglieder mit weiteren gewerkschaftlichen Funktionen, die dieses Ziel am entschiedensten, d.h. zu 8,7% ablehnen, wohingegen unter denjenigen Befragten, die außer der SV-Funktion keine weitere gewerkschaftliche Funktion haben, keiner (!) ist, der dieses Ziel für unwichtig hält.

Wenn wir oben gesehen haben, daß sehr allgemeine Ziele einer präventiven, bedarfsorientierten Gesundheitspolitik überraschend deutlich eine hohe Relevanz für die politischen Absichten der SV haben, reduziert sich dies bei der Bewertung spezifischer werdenden Zielsetzungen und Einstellungen drastisch.

Überall wo das gesundheitspolitische Bedarfsprinzip programmatisch und praktisch präzisiert werden soll, sinkt die Häufigkeit der Bewertung als "sehr wichtig" und steigt die Anzahl der "unwichtig"-Urteile.

Um die 60% der Befragten halten das Herantragen von Leistungen und die Schaffung gezielter Angebote für Problemgruppen als Elemente einer kompensatorischen Sozialpolitik für "sehr wichtig", aber nur 51% meinen dasselbe zum aktiven Ziel des Abbaus von Versorgungsnachteilen. Dieses Ziel wird auch von 10,5% für "unwichtig" gehalten. Hinter diesen Durchschnittswerten verbergen sich aber Werte, die von 20,3% bei BKK-Selbstverwaltern bis zu 6% bei IKK-Selbstverwaltern reichen.

Andere wichtige gesundheitspolitische Ziele, entweder stark ökonomisch induziert oder traditioneller Art, werden in der Regel höher bewertet. Dies gilt für die Verbesserung der Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen (für 84% „sehr wichtig") und auch das Ziel, die Verordnung von Medikamenten zu senken (für 77,9% „sehr wichtig").

Im großen und ganzen wird der Verwaltung und Geschäftsführung der Kassen im Kontext der gesundheitspolitischen Zielüberlegungen eine große und mitentscheidende Rolle zugemessen. Neben einer eher mittleren Relevanz der Kontakte von Selbstverwaltern zum Personal wird der Weiterbildung des Personals eine relativ wichtige Funktion (für 75,2% "sehr wichtig") beigemessen. Dies korrespondiert deutlich mit politischen Plänen in den alternativen gesundheitspolitischen Bereichen. Ein sonst oft genanntes Mittel, die Geschäftsführung in eine "neue" Sozialpolitik besser einzubinden, nämlich die Vorstands-Richtlinien für die Geschäftsführung, steht dagegen weiter im Hintergrund (für 48,6% „sehr wichtig") und wird von 8,5% der Selbstverwalter sogar offen als "unwichtig" eingestuft.

Bevor wir uns die erhobenen politischen Absichten und Einstellungen auf existente Muster und evtl. deutlich werdende Bewußtseinsstrukturen und potentielle Handlungsstrukturen hin genauer anschauen, wollen wir sie nach den bereits mehrfach verwandten unabhängigen Merkmalen noch etwas weiter ausdifferenzieren.

Als erstes soll dies für die Kassenartzugehörigkeit geschehen. Die nachstehenden drei Tabellen geben dies für einen der drei möglichen Wichtigkeitsränge der wesentlichen inhaltlichen Merkmale wieder:

Politikziele („**sehr wichtig**“)	insgesamt	AOK	BKK	IKK	EK	k. Ang.
Kostendämpfung	74,5	78,0	62,7	81,0	87,5	52,9
Mehr Leistungen	33,0	31,8	33,9	28,6	33,3	47,1
Kontakt Versicherte	85,0	86,7	83,1	81,0	83,3	82,4
Kontakt Personal	56,5	57,2	66,1	47,6	54,2	29,4
Weiterbildung Personal	75,2	74,0	76,3	81,0	75,0	76,5
Ursachen Krankheiten	80,6	79,2	76,3	95,2	87,5	82,4
Leistung IA reduzieren	7,5	8,7	3,4	14,3	4,2	5,9
Kontakte anderer Träger	55,4	53,8	59,3	57,1	62,5	47,1
Kontakte GA	53,4	56,1	45,8	71,4	45,8	41,2
Kontakte SH	61,6	63,6	54,2	81,0	54,2	52,9
Finkontr Anbieter	89,8	95,4	83,1	81,0	83,3	76,5
Primärprävention	96,3	97,7	94,9	100,0	95,8	82,4
Verhaltprävention	75,2	85,0	54,2	76,2	66,7	58,8
QuakoAnbieter	82,0	82,7	83,1	85,7	70,8	82,4
gezielte Angebote	60,9	63,6	49,2	71,4	54,2	70,6
Beitrag senken	32,3	38,7	20,3	33,3	20,8	23,5
ÖA SV	76,3	85,0	64,4	76,2	75,0	83,4
Aktionen Kassen	44,2	37,6	49,2	71,4	54,2	47,1
AG-Bildung	44,9	40,5	44,1	66,7	54,2	52,9
Herantragen Leistungen	59,2	59,0	66,1	71,4	54,2	29,4
VersorgNachteile	51,0	54,9	37,3	66,7	54,2	35,3
IA Früherk.	84,0	86,7	79,7	95,2	79,2	64,7
Medikamente senken	77,9	82,7	72,9	81,0	58,3	70,6
Alternative Methoden	62,2	65,9	57,6	76,2	41,7	52,9
Koop VV/VS	89,5	93,1	86,4	90,5	83,3	70,6
Richtlinien GF	48,6	47,4	49,2	38,1	66,7	47,1
Anzahl Personen	294	173	59	21	24	17

Tabelle 54: Bewertung von Politikzielen als "sehr wichtig" nach Kassenzugehörigkeit des SV-Mitgliedes

Politikziele („**be-**	insgesamt	AOK	BKK	IKK	EK	k. Ang.

denkenswert“)					
Kostendämpfung	21,4	20,2	30,5	14,3	8,3	29,4
Mehr Leist	54,1	56,1	52,5	61,9	54,2	29,4
VersichKontakt	10,5	10,4	11,9	14,3	12,5	0,0
PersKontakt	29,6	30,1	22,0	33,3	33,3	41,2
WeitbildPers.	17,3	19,7	15,3	9,5	25,0	0,0
KHUrsach	9,9	8,7	16,9	4,8	12,5	0,0
IAReduk	63,9	63,6	64,4	71,4	54,2	70,6
TrägKontakte	31,0	33,5	22,0	33,3	33,3	29,4
GA Kontakt	27,9	27,7	27,1	14,3	37,5	35,3
SH Kontakt	26,9	26,6	27,1	19,0	37,5	23,5
Finkontr	5,8	2,9	11,9	14,3	8,3	0,0
Primärprävention	1,4	0,6	3,4	0,0	4,2	0,0
Verhaltprävention	17,7	10,4	35,6	14,3	29,2	17,6
Quako	11,6	12,1	13,6	4,8	16,7	0,0
Zielangebote	31,0	30,1	37,3	23,8	45,8	5,9
Beitrag senken	51,7	48,0	55,9	52,4	70,8	47,1
ÖA SV	14,6	11,0	27,1	9,5	25,0	0,0
Kassenaktionen	39,8	44,5	39,0	23,8	33,3	23,5
AG Bild	42,2	45,1	45,8	23,8	37,5	29,4
HerantrLeist	29,3	28,9	22,0	28,6	37,5	47,1
VersorgNachteile	32,3	30,1	33,9	33,3	45,8	29,4
IA Früherk.	10,9	9,8	16,9	0,0	16,7	5,9
Med senken	18,4	16,2	18,6	19,0	37,5	11,8
Altnern Methoden	29,3	28,9	27,1	19,0	50,0	23,5
Koop VV/VS	7,1	4,6	11,9	9,5	8,3	11,8
Richtlinien GF	37,8	40,5	37,3	42,9	25,0	23,5
Anzahl Personen	294	173	59	21	24	17

Tabelle 55: Bewertung von Politikzielen als "bedenkenswert" nach Kassenzugehörigkeit des SV-Mitgliedes

Politikziele („**un-wichtig**“)	insgesamt	AOK	BKK	IKK	EK	k. Ang.
Kostendämpfung	1,7	0,6	3,4	4,8	4,2	0,0
MehrLeist	6,8	8,1	5,1	0,0	12,5	0,0
VersichKontakt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
PersKontakt	7,8	8,1	5,1	9,5	12,5	5,9
WeitbildPers	0,7	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0
KHUrsach	3,4	5,2	1,7	0,0	0,0	0,0
IA Reduk	20,4	20,2	22,0	14,3	33,3	5,9
Träger Kontakt	8,2	7,5	13,6	9,5	4,2	0,0
GA Kontakt	10,5	10,4	13,6	14,3	8,3	0,0
SH Kontakt	5,8	4,0	13,6	0,0	8,3	0,0

FinKontr	0,7	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0
Primärprävention	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Verhaltprävention	2,0	1,7	3,4	0,0	4,2	0,0
Quako	1,0	0,6	0,0	0,0	8,3	0,0
Zielangebote	3,7	2,3	8,5	4,8	0,0	5,9
Beitrag senken	9,5	8,1	15,3	9,5	8,3	5,9
ÖA SV	1,4	0,6	1,7	9,5	0,0	0,0
Kassenaktion	10,2	13,3	6,8	0,0	12,5	0,0
AG Bild	7,8	9,8	5,1	4,8	8,3	0,0
HerantragLeist	6,1	7,5	3,4	0,0	8,3	5,9
VersorgNachteile	10,5	9,8	20,3	0,0	0,0	11,8
IA Früherk	1,0	0,6	0,0	0,0	4,2	5,9
Medik senken	1,4	0,0	5,1	0,0	4,2	0,0
Altern Methoden	4,8	2,9	11,9	0,0	8,3	0,0
Koop VV/VS	0,7	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0
Richtlinien GF	8,5	8,7	8,5	9,5	8,3	5,9
Anzahl Personen	294	173	59	21	24	17

Tabelle 56: Bewertung von Politikzielen als "unwichtig" nach Kassenzugehörigkeit des SV-Mitgliedes

Wenn wir aufgrund der quantitativen Besetzung wieder hauptsächlich AOK- und BKK-Selbstverwalter betrachten und mit der "sehr wichtig"-Beurteilung politischer Ziele beginnen, ergibt sich u.v.a. folgendes Bild:

Die Kostendämpfung ist vorrangig ein AOK-, aber auch ein IKK- und EK-Selbstverwalterproblem, nicht so vordringlich eines der BKK-Selbstverwalter.

Auch wenn sich u.U. deswegen die AOK-SV bei der Bewertung von mehr Leistungen relativ zurückhält, fällt auf, daß sich insbesondere bei den BKK-Selbstverwaltern der als relativ weniger wichtig empfundene Kostendämpfungsdruck bei den Leistungsausdehnungen nicht so häufig genannt wird. Während bei der Kostendämpfung der Abstand von AOK und BKK rund 15%-Punkte beträgt, schrumpft er bei den Leistungsausdehnungen auf 2%-Punkte zusammen.

Ein Teil der hier ablaufenden Abwägungs- und Entscheidungsprozesse tritt bei der Beurteilung der Leistungs-Inanspruchnahme-Reduktion zutage: AOK-Selbstverwalter halten dies häufiger für "sehr wichtig" als BKK-Selbstverwalter (8,7% zu 3,4%).

Die komparativen Vorteile der BKKen im Finanzierungs- und Risikostrukturbereich führen dann auch dazu, daß das Nachdenken über eine Bei-

tragssenkung bei weitem nicht so das politische Denken ihrer Selbstverwalter beeinflußt und belastet wie das bei AOK-Selbstverwaltern. Während letztere zu 38,7% die Beitragssenkung für "sehr wichtig" halten, gilt dies lediglich für 20,3% ihrer BKK-Kollegen. Entsprechend sieht das Verhältnis auch bei der Beurteilung und Einstellung zur "Unwichtigkeit" der Beitragssenkung aus: Dieser Meinung sind 8,1% der AOK-Selbstverwalter aber 15,3% der BKK-Selbstverwalter.

Daß und wie sich die Kassenkonkurrenz auf das Verhältnis unter Selbstverwaltern und zu anderen gesundheitspolitisch relevanten Trägern und damit letztlich auf ihre eigene gesundheitspolitische Handlungsfähigkeit auswirkt, läßt sich an folgenden Ergebnissen ablesen und nachvollziehen:

Die BKK-Selbstverwalter bewerten die generellen Kontakte zu anderen Sozialversicherungsträgern mit 59,3% zu 53,8% ihrer AOK-Kollegen als "wichtiger". Dies gilt auch - und hier liegt eine wichtige Zielverengung vor - für die gemeinsame Aktion mit anderen Kassen (49,2% BKK zu 37,6% AOK) und die Bildung von Arbeitsgemeinschaften (44,1% zu 40,5%). Nicht gilt dies für Kontakte zu regionalen Trägern und/oder deutlich über- bzw. außerbetrieblichen beispielsweise krankheitsbezogenen Selbsthilfegruppen. Bei deren Beurteilung als relevant dominiert die AOK mit 56,1% gegenüber 45,8% bezüglich des Gesundheitamtes und 63,6% gegenüber 54,2% in Bezug auf die Selbsthilfe.[314]

Deutlich sind auch Unterschiede zwischen den Kassenarten, die sich auf die schon mehrfach angesprochenen neuen bzw. alternativen Leistungen und Aktivitäten der GKV beziehen. Diese werden mit einer Ausnahme von den AOK-Selbstverwaltern weit höher bewertet als durch die BKK-Selbstverwalter. Hier zeichnet sich eine gewisse, unerwartete[315] Unabhängigkeit der gesundheitspolitischen Bewußtseinsbildung und Handlungsstrukturierung von der unmittelbaren Erfahrung in der selbstverwalteten Krankenkasse ab.

Dies gilt von der Primärprävention (97,7% AOK : 94,9% BKK für "sehr wichtig") über die Bemühungen, gezielte Angebote zu unterbreiten (63,6% : 49,2%) bis zu dem Ziel, Versorgungsnachteile abzubauen (54,9% : 37,3%). Eigentümlicherweise fällt das Ziel, Leistungen an die Versicherten heranzutragen dabei heraus (59,0% AOK : 66,1% BKK), was evtl. mit den ganz praktischen Befürchtungen und Problemen der in der Regel größeren Aufwendungen in den größeren Versichertengemeinschaften der AOKen zu tun hat.

Unter der Fülle der Beobachtungen fällt die Auswertung nach den Beginnterminen noch besonders auf.

Politikziele (Nennung „**sehr wichtig**“)	Alle	86-88	80-86	74-80	68-74	62-68	länger	k. Ang.
Kostendämpfung	74,5	70,0	73,7	76,4	92,9	79,2	73,7	56,5
Mehr Leistungen	33,0	32,0	37,9	32,7	35,7	16,7	21,1	39,1
KontaktVersicher	85,0	88,0	84,2	83,6	92,9	79,2	89,5	78,3
KontaktePersonal	56,5	64,0	51,6	61,8	67,9	50,0	57,9	39,1
Weiterbildung Personal	75,2	78,0	72,6	70,9	82,1	75,0	89,5	69,6
Ursachen Krankheiten	80,6	94,0	76,8	76,4	89,3	66,7	84,2	78,3
LeistungIA reduzieren	7,5	8,0	7,4	7,3	7,1	12,5	5,3	4,3
Kontakteanderer Träger	55,4	58,0	56,8	49,1	53,6	50,0	57,9	65,2
Kontakte GA	53,4	62,0	56,8	50,9	42,9	45,8	47,4	52,2
Kontakte SH	61,6	70,0	54,7	63,6	64,3	62,5	73,7	52,2
Finkontr Anbieter	89,8	92,0	92,6	89,1	96,4	87,5	78,9	78,3
Primärprävention	96,3	96,0	97,9	98,2	100,0	91,7	100,0	82,6
Verhaltprävention	75,2	70,0	78,9	76,4	75,0	79,2	68,4	69,6
Quako Anbieter	82,0	82,0	85,3	83,6	85,7	70,8	73,7	78,3
Gezielte Angebote	60,9	72,0	56,8	56,4	60,7	50,0	73,7	65,2
Beitrag senken	32,3	44,0	37,9	25,5	32,1	12,5	31,6	21,7
ÖA SV	79,3	86,0	81,1	78,2	71,4	79,2	73,7	73,9
Aktionen Kassen	44,2	50,0	42,1	40,0	64,3	33,3	36,8	43,5
AG-Bildung	44,9	56,0	42,1	40,0	50,0	25,0	57,9	47,8
Herantragen Leistungen	59,2	68,0	54,7	58,2	67,9	66,7	63,2	39,1
VersorgNachteile	51,0	62,0	50,5	43,6	57,1	45,8	52,6	43,5
IA Früherk.	84,0	92,0	84,2	87,3	85,7	75,0	78,9	69,6
Medik senken	77,9	88,0	74,7	72,7	78,6	79,2	84,2	73,9
Altern Methoden	62,2	72,0	60,0	60,0	64,3	58,3	68,4	52,2
Koop. VV/VS	89,5	84,0	89,5	96,4	92,9	87,5	94,7	78,3
Richtlinien GF	48,6	44,0	43,2	56,4	46,4	54,2	68,4	43,5
Anzahl Personen	294	50	95	55	28	24	19	23

Tabelle 57: Bewertung von Politikzielen als "sehr wichtig" nach Zugehörigkeitsdauer zur SV des SV-Mitgliedes

Für wichtige gesundheitspolitische Fragen gilt, daß **unter den 1986-88, also neu in die SV gekommenen Akteuren noch relativ viel inhaltliche Vorstellungen wichtiger sind als die Kostendämpfungspolitik und interne Organisationsbedingungen.** Hier spielt offensichtlich die soziale

Zusammensetzung dieser SV-Akteurgruppe (junge Menschen, relativ viel hauptamtliche Funktionäre) eine große Rolle. Umgekehrt zeichnet sich ein **Anpassungsdruck der längeren SV-Tätigkeit** ab.

Dies zeigt sich bei der vergleichenden Betrachtung der Einstellungen zur Kostendämpfung im Kontext anderer wichtiger Fragen. Die Kostendämpfung ist bei "neuen" Selbstverwaltern unterdurchschnittlich "sehr wichtig", das gezielte Angebot von Leistungen überdurchschnittlich "sehr wichtig", der Abbau von Versorgungsnachteilen ebenfalls überdurchschnittlich "sehr wichtig", die Kooperation zwischen VV und VS sowie die Richtlinienbindung der Geschäftsführung durch den Vorstand aber wieder unterdurchschnittlich "sehr wichtig".

Daß dies für das Ziel, den Beitrag zu senken, nicht gilt (überdurchschnittlich "sehr wichtig"), zeigt schon die Widersprüchlichkeit, der SV-Neulinge ausgesetzt sind und in der sie evtl. inhaltlich abgeschliffen werden. Hier treffen eine Vielfalt verschiedenartigster und teilweise auch nur schwer in kurzer Zeit miteinander zu vereinbarender Zielvorstellungen aufeinander. Für viele von ihnen besteht die Gefahr, an diesen selbsterkannten oder von "amtserfahrenen" Mitakteuren, Arbeitgebern und Geschäftsführungen eingewandten Widersprüchen und Schwierigkeiten zu scheitern.

Die nächste Tabelle differenziert die politischen Einstellungen der SV nach weiteren Kriterien.

	Funktion in der Selbstverwaltung				
Politikziele (Nennung „**sehr wichtig**“)	Alle	VV	VS	Ausschuß	k. Ang.
Kostendämpfung	74,5	78,1	72,4	80,8	60,0
Mehr Leistungen	33,0	32,3	31,9	29,3	44,0
Kontakt Versich	85,0	85,2	87,1	86,9	76,0
KontaktePersonal	56,5	59,4	56,0	59,6	40,0
Weiterbildung Personal	75,2	78,7	72,4	72,7	68,0
Ursachen Kranh	80,6	81,3	78,4	86,9	84,0
Leistung IA reduz	7,5	8,4	8,6	7,1	4,0
Kontakte andere Träger	55,4	56,1	52,6	49,5	64,0
Kontakte GA	53,4	58,1	47,4	53,5	48,0
Kontakte SH	61,6	65,2	57,8	59,6	52,0
FinkontrAnbieter	89,8	91,6	88,8	94,9	84,0
Primärprävention	96,3	96,1	98,3	99,0	88,0
Verhaltprävention	75,2	72,3	80,2	79,8	68,0

Quako Anbieter	82,0	81,3	83,6	85,9	80,0
Gezielte Angebote	60,9	63,2	56,9	59,6	60,0
Beitrag senken	32,3	34,2	34,5	29,3	16,0
ÖA SV	79,3	82,6	73,3	79,8	80,0
Aktionen Kassen	44,2	49,0	38,8	39,4	44,0
AG-Bildung	44,9	47,1	40,5	44,4	52,0
Herantragen Leistungen	59,2	63,9	56,0	57,6	48,0
VersorgNachteile	51,0	54,8	49,1	52,5	36,0
IA Früherkennung	84,0	84,5	85,3	87,9	72,0
Medikamente senken	77,9	77,4	81,9	77,8	64,0
Altern Methoden	62,2	65,2	59,5	57,6	60,0
Koop. VV/VS	89,5	90,3	89,7	90,9	84,0
Richtlinien GF	48,6	48,4	49,1	46,5	48,0
Anzahl Personen	294	155	116	99	25

Tabelle 58: Bewertung von Politikzielen als "sehr wichtig" nach SV-Funktion des SV-Mitgliedes

So zeigen sich bei der ausschließlichen Betrachtung der "sehr wichtig"-Bewertung die VV-Selbstverwalter im direkten Vergleich mit den VS-Selbstverwaltern bei neuen politischen Feldern und Aktionen mit externen Akteuren und Institutionen als insgesamt interessierter und handlungsfreudiger. Besonders stark zeigt sich dies bei der Betonung der Wichtigkeit gezielter Angebote (63,2% zu 56,9%), bei den Aktionen mit anderen Kassen (49% zu 38,8%) und den Kontakten zur Selbsthilfe (65,2% zu 57,8). Die Ergebnisse dieser integrierten Betrachtung sind auf dem 1%-Niveau signifikant.

Verweisen schon die unterschiedlichen Ergebnisse bei politischen Relevanzzuweisungen zwischen VV- und VS-Selbstverwaltern auf erhebliche Schwierigkeiten der selbstverwaltungsinternen Diskussion, Aufgabenthematisierung und Entscheidung, die eben nicht durch ein plattes oben-unten-Verhältnis oder ein simples Kompetenz- und Machtgefälle-Modell, sondern inhaltlich erklärt werden kann und muß, setzt sich dies bei einem Vergleich von Kassen- und Verbands-Selbstverwaltern noch fort.[316]

Politikziele (Nennung „**sehr wichtig**“)	SV-Mitgliedschaft in Landes- oder Bundesverband?					
	Insges.	Nein	VV-LV	VS-LV	VV-BV	VS-BV	k. Ang.
Kostendämpfung	74,5	75,4	65,9	88,2	77,8	100,0	74,4
Mehr Leistungen	33,0	29,9	43,2	41,2	44,4	25,0	30,2
Kontakt Versich	85,0	87,2	79,5	82,4	88,9	100,0	81,4

KontaktePersonal	56,5	55,1	54,5	82,4	55,6	100,0	55,8
Weiterbildung Personal	75,2	77,5	70,5	88,2	77,8	75,0	67,4
Ursachen Kranh	80,6	80,7	81,8	82,4	77,8	75,0	76,7
Leistung IA reduz	7,5	6,4	15,9	0,0	0,0	0,0	7,0
Kontakte andere Träger	55,4	55,6	50,0	47,1	55,6	50,0	62,8
Kontakte GA	53,4	52,9	50,0	58,8	55,6	50,0	58,1
Kontakte SH	61,6	62,6	54,5	58,8	55,6	50,0	65,1
FinkontrAnbieter	89,8	93,0	86,4	82,4	66,7	100,0	83,7
Primärprävention	96,3	97,3	100,0	100,0	88,9	100,0	88,4
Verhaltprävention	75,2	73,8	79,5	94,1	77,8	100,0	72,1
Quako Anbieter	82,0	85,0	81,8	94,1	77,8	100,0	67,4
Gezielte Ange-bote	60,9	61,5	52,3	58,8	44,4	75,0	69,8
Beitrag senken	32,2	32,1	34,1	41,2	44,4	50,0	27,9
ÖA SV	79,3	84,0	63,6	64,7	77,8	100,0	79,1
Aktionen Kassen	44,1	44,4	38,6	23,5	33,3	25,0	55,8
AG-Bildung	44,9	42,2	36,4	52,9	55,6	50,0	58,1
Herantragen Leistungen	59,2	61,0	54,5	52,9	22,2	75,0	60,5
VersorgNachteile	51,0	51,3	52,3	47,1	22,2	50,0	53,5
IA Früherkennung	84,0	83,4	79,5	100,0	100,0	100,0	83,7
Medikamente senken	77,9	78,1	77,3	100,0	100,0	100,0	67,4
Altern Methoden	62,2	62,6	54,5	64,7	44,4	75,0	67,4
Koop. VV/VS	89,5	88,2	95,5	100,0	88,9	100,0	86,0
Richtlinien GF	48,6	44,9	52,3	52,9	66,7	50,0	58,1
Anzahl Personen	294	187	44	17	9	4	43

Tabelle 59: Bewertung von Politikzielen als "sehr wichtig" nach Zugehörigkeit zu Landes- oder Bundesverbands-SV-Organen des SV-Mitgliedes

Die Auswertung der obigen Tabelle für die "sehr wichtig"-Bewertungen zeigt, daß die Selbstverwalter der Einzelkassen weit weniger von Leistungsausdehnungen halten als ihre Verbandskollegen auf Landes- und Bundesebene. Trotzdem halten erstere dann in Detailfragen der versichertenorientierten Leistungspolitik diese wieder für wichtiger als die Verbands-Selbstverwalter. Dies zeigt sich bei der Zielsetzung, gezielte Angebotspolitik zu machen (61,5% : 52,3%) und bei der Politik des Herantragens von Leistungen (61% : 54,5%). Interessant ist dazu, daß es auf dem anderen Pol, d.h. dem Ziel Leistungsinanspruchnahme zu reduzieren, zwar eine starke Gruppe von Landesverbands-Selbstverwalter (15,9%) aber deutlich weniger (6,4%) Einzel-Kassen-Selbstverwalter (6,4%) gibt, die dieses Ziel mit Hochdruck verfolgen wollen. Hier zeichnen sich Strukturen ab, welche die Gefahr des systematischen Aneinandervorbeiredens von

Verbands- und Kassen-Selbstverwaltung in sich bergen. Anregungen der Landesverbands-Selbstverwaltung, mehr Leistungen anzubieten, bleiben schwach und unkonkret und können außerdem als Versuch der problem-abgehobenen Einmischung von "außen oder oben" verdächtigt und abgetan werden. Dies gilt vor allem dann, wenn zugleich vom selben Akteur dringliche Aufforderungen existieren, die Leistungs-Inanspruchnahme zu reduzieren. Sowohl bei den Akteuren auf Landesverbandsebene als auch in ihrem Verhältnis zur Basis-SV muß dies mindestens lähmende Wirkung haben, kann aber nicht zu einer klaren Handlungsorientierung führen.

Entsprechend gibt es auch eine starke Gruppe von Landesverbands-Selbstverwaltern in deren Vertreterversammlung 11,4% der Akteure mehr Leistungen für „unwichtig" halten, was aber nur eine 5,9% umfassende Gruppe bei der Kassen-SV teilt.

Bemerkenswert bei der nach Geschlecht getrennten Analyse der politischen Einstellungen ist die teilweise ausgeprägtere Hochschätzung zentraler und neuer gesundheitspolitischer Ziele durch die Frauen.

Politikziele (Nennung „**sehr wichtig**")	Alle	Weiblich	männlich	k. Ang.
Kostendämpfung	74,5	76,9	74,7	57,1
Mehr Leistungen	33,0	38,5	33,3	0,0
Kontakt Versich	85,0	88,5	85,4	57,1
KontaktePersonal	56,5	50,0	57,5	42,9
Weiterbildung Personal	75,2	69,2	76,2	57,1
Ursachen Kranh	80,6	73,1	82,0	57,1
Leistung IA reduz	7,5	3,8	7,7	14,3
Kontakte andere Träger	55,4	53,8	55,9	42,9
Kontakte GA	53,4	53,8	54,4	14,3
Kontakte SH	61,6	65,4	61,7	42,9
FinkontrAnbieter	89,8	88,5	90,8	57,1
Primärprävention	96,3	100,0	96,9	57,1
Verhaltprävention	75,2	80,8	75,5	42,9
Quako Anbieter	82,0	76,9	83,5	42,9
Gezielte Angebote	60,9	73,1	59,8	57,1
Beitrag senken	32,3	30,8	33,0	14,3
ÖA SV	79,3	92,3	78,5	57,1
Aktionen Kassen	44,2	42,3	44,4	42,9
AG-Bildung	44,9	38,5	45,2	57,1
Herantragen Leistungen	59,2	80,8	57,5	42,9
VersorgNachteile	51,0	53,8	51,0	42,9

IA Früherkennung	84,0	88,5	84,7	42,9
Medikamente senken	77,9	73,1	79,3	42,9
Altern Methoden	62,2	76,9	61,3	42,9
Koop. VV/VS	89,5	100,0	89,3	57,1
Richtlinien GF	48,6	50,0	49,4	14,3
Anzahl Personen	294	26	261	7

Tabelle 60: Bewertung von Politikzielen als "sehr wichtig" nach Geschlecht des SV-Mitgliedes

Dies gilt u.a. für die Strategie der gezielten Angebote (73,1% Frauen : 59,8% Männer) und das Herantragen von Leistungen (80,8% : 57,5%). Das trotzdem geringere Interesse der weiblichen Selbstverwalter an der Erforschung der Krankheitsursachen fällt dabei leicht aus dem Rahmen.

In der Reihe von Teil-Analysen der möglichen Zusammenhänge abhängiger und unabhängiger Merkmale beschäftigen wir uns abschließend nochmals mit den genaueren Auswirkungen des außerhalb der SV-Tätigkeit erreichten und diese mitprägenden politisch-gesellschaftlichen Status. Es geht dort erneut um die bekannte Unterscheidung nach hauptamtlichen Gewerkschaftsfunktionären, betrieblichen Funktionsträger (Betriebsräte) und Personen, die keine sonstige gewerkschaftliche Funktionen mehr einnehmen. Die zuletzt genannte Teilgruppe ist mit 26 Personen aber vergleichsweise schwach vertreten.

Die Analysen basieren im Kern auf den beiden folgenden Tabellen, welche die "sehr wichtig"-Bewertung für den bereits bekannten politischen Zielkatalog nach den eben genannten gewerkschaftlichen Statusgruppen wiedergeben.

Politikziele (Nennung „**sehr wichtig**“)	Alle	Sonstige gewerkschaftliche Funktion	Keine sonstige gewerkschaftliche Funktion	k. Ang.
Kostendämpfung	74,5	73,2	92,3	64,3
Mehr Leistungen	33,0	33,9	23,1	35,7
Kontakt Versich	85,0	86,2	84,6	64,3
KontaktePersonal	56,5	55,9	65,4	50,0
Weiterbildung Personal	75,2	74,4	84,6	71,4
Ursachen Kranh	80,6	81,9	80,8	57,1
Leistung IA reduz	7,5	5,5	19,2	21,4
Kontakte andere Träger	55,4	55,1	65,4	42,9
Kontakte GA	53,4	53,1	57,7	50,0
Kontakte SH	61,6	62,2	57,7	57,1
FinkontrAnbieter	89,8	91,3	92,3	57,1
Primärprävention	96,3	96,9	100,0	78,6

Verhaltprävention	75,2	75,2	80,8	64,3
Quako Anbieter	82,0	83,9	84,6	42,9
GezielteAngebote	60,9	59,8	76,9	50,0
Beitrag senken	32,3	31,9	34,6	35,7
ÖA SV	79,3	80,3	76,9	64,3
Aktionen Kassen	44,2	42,5	57,7	50,0
AG-Bildung	44,9	43,7	53,8	50,0
Herantragen Leistungen	59,2	59,1	61,5	57,1
VersorgNachteile	51,0	49,2	65,4	57,1
IA Früherkennung	84,0	84,6	84,6	71,4
Medikamente senken	77,9	79,5	73,1	57,1
Altern Methoden	62,2	62,6	61,5	57,1
Koop. VV/VS	89,5	89,0	100,0	78,6
Richtlinien GF	48,6	47,6	57,7	50,0
Anzahl Personen	294	254	26	14

Tabelle 61: Bewertung von Politikzielen als "sehr wichtig" nach sonstiger gewerkschaftlicher Funktion (allgemein) des SV-Mitgliedes

Auffällig ist, daß die Nicht-Gewerkschaftsfunktionäre, die also weder hauptamtlich bei den Gewerkschaften beschäftigt noch betriebliche Funktionäre sind, sowohl im Bereich der Inhalte neuer Sozialpolitik als auch bei den Fragen der notwendigen und möglichen Formen der Bündelung politischer Macht z.B. durch Arbeitsgemeinschaften teilweise sogar deutlich höhere Einschätzungen abgeben als die Gruppe, die irgendeine sonstige Gewerkschaftsfunktion hat.

Eklatant ist z.B. der Unterschied von rund 16%-Punkten beim Ziel, Versorgungsnachteile zu beseitigen.

Auf möglicherweise widersprüchliche Strukturen im Bereich der Kostendämpfungsziele und der zurückhaltenden Bewertung des Leistungsausbaus sei verwiesen. Zugleich ist für 30,8% der Gruppe der Nicht-Gewerkschaftsfunktionsträger das Ziel, Leistungsinanspruchnahme zu reduzieren "unwichtig" und das im Vergleich mit 20,1% der gewerkschaftlichen Funktionsträger. Hier handelt es sich im übrigen um einen auf dem 1%-Niveau signifikanten Zusammenhang, mit einem Kontingenzkoeffizienten von C = 0,19.

Politikziele (Nennung „**sehr wichtig**“)	Alle	Funktionär Einzel-GW	Funktionär DGB	Betriebsrat	BR-Vorsitzender	sonstige	k. Ang.
Kostendämpfung	74,5	80,0	65,2	64,9	78,6	74,8	83,9

Mehr Leistungen	33,0	40,0	43,5	36,1	35,7	33,6	22,6
Kontakt Versich	85,0	80,0	87,0	85,6	85,7	87,8	77,4
KontaktePersonal	56,5	57,1	69,6	58,8	51,4	55,0	61,3
Weiterbildung Personal	75,2	77,1	65,2	75,3	70,0	75,6	77,4
Ursachen Kranh	80,6	82,9	91,3	79,4	78,6	80,9	74,2
Leistung IA reduz	7,5	2,9	0,0	3,1	8,6	7,6	12,9
Kontakte andere Träger	55,4	45,7	26,1	58,8	64,3	60,3	61,3
Kontakte GA	53,4	57,1	39,1	56,7	60,0	57,3	48,4
Kontakte SH	61,4	65,7	52,2	64,9	67,1	64,1	54,8
FinkontrAnbieter	89,8	94,3	87,0	89,7	94,3	91,6	77,4
Primärprävention	96,3	97,1	100,0	95,9	97,1	96,2	87,1
Verhaltprävention	75,2	82,9	95,7	70,1	75,7	73,3	71,0
Quako Anbieter	82,0	85,7	95,7	78,4	81,4	83,2	67,7
GezielteAngebote	60,9	68,6	60,9	60,8	54,3	61,8	64,5
Beitrag senken	32,3	31,4	17,4	27,8	37,1	35,1	32,3
ÖA SV	79,3	85,7	69,6	81,4	78,6	81,7	67,7
Aktionen Kassen	44,2	51,4	21,7	47,4	37,1	47,3	54,8
AG-Bildung	44,9	48,6	21,7	48,5	41,4	49,6	48,4
Herantragen Leistungen	59,2	62,9	52,2	66,0	57,1	62,6	54,8
VersorgNachteile	51,0	60,0	69,6	49,5	48,6	48,9	54,8
IA Früherkennung	84,0	91,4	82,6	87,6	84,3	84,0	74,2
Medik. senken	77,9	74,3	87,0	75,3	82,9	80,2	61,3
Altern Methoden	62,2	62,9	60,9	62,9	64,3	61,1	51,6
Koop. VV/VS	89,5	94,3	95,7	87,6	95,7	86,3	87,1
Richtlinien GF	48,6	45,7	34,8	51,5	50,0	46,6	48,4
Anzahl Personen	294	35	23	97	70	131	31

Tabelle 62: Bewertung von Politikzielen als "sehr wichtig" nach sonstiger gewerkschaftlicher Funktion (detailliert) des SV-Mitgliedes

Bei der Betrachtung der Urteile und Absichtserklärungen dieser Gruppe taucht ein weiteres Gefälle auf: Die Stelle eben erkannten eher innovative Funktion der Nicht-Gewerkschaftsfunktionäre in der SV nimmt jetzt die Gruppe der hauptamtlichen Gewerkschaftsfunktionäre ein und die Gruppe der betrieblichen Funktionäre bewertet auch die politischen Innovationsansätze ähnlich wie die bereits untersuchten organisatorischen Veränderungsvorstellungen der SV als eher weniger relevant.

Dies kann wiederum an den Zielen bzw. der Einstellungen zu den Zielen "Herantragen von Leistungen" und "Versorgungsnachteile abbauen" am besten abgelesen werden,. Umgekehrt gilt dies auch für die Einstellung

zum Leistungs-Inanspruchnahme-Abbau: Für DGB-Funktionäre ist dies zu 34,8%, für Betriebsratsvorsitzende nur noch zu 14,3% "unwichtig".

Es zeichnet sich also **bezogen auf die wesentlichen sozialpolitischen Einstellungen und Ziele der SV ein Bewertungs- und Akzeptanzgefälle** ab, das **von Nicht-Gewerkschaftsfunktionären, über hauptamtliche Gewerkschaftsfunktionäre bis hin zu leitenden betrieblichen Funktionären** reicht.

Beim Versuch, hierfür Erklärungen zu finden, stößt man auf einige Aspekte, die auch an anderer Stelle der Analyse Erklärungen liefern. Gelegentlich ist schon das Alter als erklärender Faktor etwa für Innovationseinstellungen angeführt worden. Dies hilft aber, wie die beiden nächsten Tabellen zeigen, lediglich für Erklärungen des Verhältnisses zwischen hauptamtlichen Gewerkschaftsfunktionären und betrieblichen Funktionären, nicht aber für dasjenige zwischen Nicht-Funktionären und Funktionären.

Alter	Alle	Sonstige gewerkschaftliche Funktion	Keine sonstige gewerkschaftliche Funktion	k. Ang.
20-30	0,0	0,0	0,0	0,0
30-40	11,2	11,0	7,7	21,4
40-50	32,3	36,6	3,8	7,1
50-60	38,1	39,0	38,5	21,4
Älter	16,3	13,4	46,2	14,3
Keine Angabe	2,0	0,0	3,8	35,7
Anzahl Personen	294	254	26	14

Tabelle 63: Altersstruktur der SV-Mitglieder nach sonstige gewerkschaftliche Funktion (allgemein)

Alter	Alle	Funktionär Einzel-GW	Funktionär DGB	Betriebsrat	BR-Vorsitzender	sonstige	k. Ang.
20-30	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
30-40	11,2	22,9	21,7	8,2	10,0	8,4	9,7
40-50	32,3	45,7	30,4	39,2	35,7	35,1	3,2
50-60	38,1	28,6	47,8	41,2	44,3	37,4	29,0
Älter	16,3	2,9	0,0	11,3	10,0	19,1	38,7
Keine Angabe	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	19,4
Anzahl Personen	294	35	23	97	70	131	31

Tabelle 64: Altersstruktur und sonstige gewerkschaftliche Funktionen (detailliert)

Gerade die Nicht-Gewerkschaftsfunktionäre sind überdurchschnittlich alt, d.h. zu 46,2% über 60 Jahre alt. Entsprechend sind auch 23,1% dieser Teilgruppe länger als seit 1962 in der SV (∅ 6,5%), aber immerhin auch 15,4% erst seit 1986 (∅ 17%).

Die Verteilung nach Organzugehörigkeit unterscheidet sich nur gering, d.h. 34,6% unter den Nicht-Gewerkschaftsfunktionären sind im Vergleich zu durchschnittlich 39,5% aller Selbstverwalter im Vorstand, das Verhältnis bei der Besetzung der VV ist 57,7% zu 52,7% (Durchschnitt). Ähnliches gilt für die jeweilige Repräsentanz im Vorsitz von Organen.

Auch eine Repräsentanz oder Nichtrepräsentanz in den Verbandsorganen erklärt die Unterschiede nicht, denn der Anteil z.B. in Landesverbands-Vertreterversammlungen unterscheidet sich zwischen den Gruppen Gewerkschafts- und Nicht-Gewerkschaftsfunktionär nicht.

Den einzigen Merkmalsunterschied bei den uns bekannten Merkmalen ist der in der nächsten Übersicht erkennbare nach der Kassenart der Selbstverwalter.

Kassenart	Alle	Sonstige gewerkschaftliche Funktion	Keine sonstige gewerkschaftliche Funktion	k. Ang.
AOK	58,8	59,8	61,5	35,7
BKK	20,1	22,0	7,7	7,1
IKK	7,1	6,7	7,7	14,3
EK	8,2	7,1	15,4	14,3
Keine Angabe	5,8	4,3	7,7	28,6
Anzahl Personen	294	254	26	14

Tabelle 65: Kassenzugehörigkeit der SV-Mitglieder nach sonstige gewerkschaftliche Funktion (allgemein)

Lediglich 7,7% der Nicht-Gewerkschaftsfunktionäre statt 22% bei denjenigen, die noch andere Gewerkschaftsfunktionen haben, sind Selbstverwalter in einer BKK. Deutlich höher ist dagegen der Anteil derjenigen Nicht-Gewerkschaftsfunktionäre, die in einer EK-Selbstverwaltung amtieren. Für die BKK scheint der gegenüber dem Durchschnitt aller Kassen deutlich geringfügigere Anteil dieser Gruppe (3,4% gegen 8,8%), die Nicht-Präsenz hauptamtlicher Gewerkschafts-funktionäre und die Überpräsenz betrieblicher Funktionäre das bei ihnen feststellbare weniger innovative bzw. immobile Bewußtsein mitbedingt zu haben.

Insgesamt sind die BKKen-Selbstverwaltungsorganen aber mit einem Anteil von 94,9% Gewerkschaftsfunktionsträgern gegen 86,4% im Durchschnitt aller Kassen die funktionärsreichste Kassenart überhaupt.

Zum Abschluß versuchen wir noch etwas Genaueres über evtl. existente politische Einstellungs- und Bewußtseinsstrukturen sowie möglicherweise erkennbare Handlungskonstellationen in der Vielfalt der abgefragten politischen Merkmalen zu erforschen. Zu diesem Zweck haben wir Rangkorrelationskoeffizienten errechnet, die jeweils die Stärke und die Richtung des Zusammenhangs zweier Stichprobenvariablen anzeigen. Diese Koeffizienten wurden auch auf ihre Signifikanz geprüft.

In der folgenden Übersicht sind die durchweg positiven Koeffizienten mit Stärken über 0,20 zusammengestellt. Sie sind alle mindestens auf dem 5%-Niveau signifikant. Positive Korrelationen bedeuten, daß je größer der Wert des Merkmals x wird, desto größer wird der des Merkmals y. Konkreter: Je wichtiger eines der von uns abgefragten politischen Ziele wird, desto wichtiger wird eben auch das mit ihm korrelierte.

Methodisch soll nochmals betont werden, daß hier R-Werte von über 0,20 schon als leichte und schnell bedeutsam werdende Zusammenhangsstärke interpretiert werden. Die insgesamt relativ niedrigen Werte können u.E. daher rühren, daß es sich teilweise um nichtlineare Zusammenhänge handelt. Dabei strebt der Rangkorrelationskoeffizient gegen 0, d.h. signalisiert keinen statistischen Zusammenhang. Dieser kann aber bei nichtlinearen Modellen trotzdem bestehen.

Die durchgehende Interpretationsschablone der Übersicht lautet, daß je höher/wichtiger die erste politische Einstellung ist, auch die zweitgenannte höher bzw. wichtiger ist und umgekehrt. Der Zusammenhang ist dann jeweils so stark wie im R-Wert angegeben. Der Wert von R=+1 ist der maximal positive Zusammenhang.

Gesundheitspolitische Einstellungen und Orientierungen	**Rangkorrelationskoeffizient R**
Kostendämpfung-Leistungsreduktion	0,22
Mehr Leistungen-Personalkontakt	0,21
Versichertenkontakt-Personalkontakt	0,23
Versichertenkontakt-Personalbildung	0,27
Versichertenkontakt-Trägerkontakt	0,24
Versichertenkontakt-Gesundheitsamtkontakt	0,24
Versichertenkontakt-Selbsthilfekontakt	0,22
Personalkontakt-mehr Leistungen	0,21

Personalkontakt-Trägerkontakt	0,36
Personalkontakt-GA-Kontakt	0,31
Personalkontakt-Selbsthilfekontakt	0,25
Personalbildung-Leistungsreduktion	0,29
Personalbildung-Trägerkontakt	0,23
Personalbildung-GA-Kontakt	0,25
Leistungsreduktion-Trägerkontakt	0,23
Trägerkontakt-GA-Kontakt	0,49
Trägerkontakt-Selbsthilfekontakt	0,40
Gesundheitsamtkontakt-Selbsthilfekontakt	0,46
Selbsthilfekontakt-Verhaltensprävention	0,25
Qualitätskontrolle-Finanzkontrolle	0,39
Gezielte Angebote-mehr Leistung	0,21
Gezielte Angebote-Versichertenkontakte	0,39
Gezielte Kontakte-Personalkontakte	0,24
Gezielte Kontakte-Personalbildung	0,27
Gezielte Kontakte-Trägerkontakte	0,34
Gezielte Kontakte-GA-Kontakte	0,36
Gezielte Kontakte-Selbsthilfe	0,39
Öffentlichkeitsarbeit SV-Versichertenkontakt	0,22
Öffentlichkeitsarbeit-Personalkontakt	0,23
Öffentlichkeitsarbeit-Trägerkontakt	0,25
Aktionen mit anderen Kassen-mehr Leistungen	0,26
Aktionen mit anderen Kassen-Personalkontakte	0,25
Aktionen mit anderen Kassen-Trägerkontakte	0,34
Aktionen mit anderen Kassen-GA-Kontakte	0,31
Aktionen mit anderen Kassen-Selbsthilfekontakte	0,23
Beitrag senken-Medikamente senken	0,24
Öffentlichkeitsarbeit-Verhaltensprävention	0,23
Öffentlichkeitsarbeit-Versorgungsnachteile weg	0,23
Aktionen mit anderen Kassen-Bildung AG's	0,54
Leistungsreduktion-Bildung AG's	0,24
Leistungsreduktion-alternative Methoden	0,26
Versorgungsnachteile weg-GF-Richtlinien	0,30
Leistungsreduktion-Nachteile weg	0,24
Leistungsreduktion-altenative Methoden	0,23
Medikamente senken-Qualitätskontrolle	0,22
Alternative Methoden-Verhaltensprävention	0,30
Alternative Methoden-Leistung herantragen	0,26
Früherkennung-Selbsthilfe	0,23
Medikamente-Finanzkontrolle	0,22
Alternative Methoden-Personalkontakt	0,26
Alternative Methoden Personalbildung	0,28
Alternative Methoden-GA-Kontakt	0,29

Alternative Methoden-Selbsthilfekontakt	0,36
VV/VS-Kooperation-Personalkontakt	0,25
Richtlinien GF-Trägerkontakt	0,21
Gezielte Angebote-Verhaltensprävention	0,35
Gezielte Angebote-Öffentlichkeitsarbeit	0,23
Gezielte Angebote-Aktion andere Kassen	0,28
Gezielte Angebote-Bildung AG's	0,34
Gezielte Angebote-herantragen von Leistungen	0,25
Gezielte Angebote-Versorgungsnachteile weg	0,34
Gezielte Angebote-alternative Methoden	0,35
Gezielte Angebote-Richtlinien GF	0,22
Bildung AG's-Personalkontakt	0,30
Bildung AG's-Personalbildung	0,24
Bildung AG's-Trägerkontakt	0,39
Bildung AG's-GA-Kontakt	0,31
Bildung AG's-Selbsthilfekontakt	0,35
Leistung herantragen-mehr Leistungen	0,23
Leistung herantragen-Versichertenkontakt	0,23
Leistung herantragen-Personalkontakt	0,24
Leistung herantragen-Personalbildung	0,28
Versorgungsnachteile weg-Trägerkontakt	0,27
Versorgungsnachteile weg-GA-Kontakg	0,25
Versorgungsnachteile weg-Selbsthilfekontakte	0,20
Früherkennung-Versichertenkontakt	0,21
Früherkennung-Personalkontakt	0,24
Früherkennung-GA-Kontakt	0,23
VV/VS-Kooperation-Verhaltensprävention	0,36
VV/VS-Kooperation-Richtlinien GF	0,25
Leistung herantragen-Versorgungsnachteil	0,26
Leistung herantragen-Leistungsreduktion	0,23
Leistung herantragen-Richtlinien GF	0,22

Tabelle 66: Rangkorrelationskoeffizienten für ausgewählte gesundheitspolitische Einstellungen und Orientierungen von SV-Mitgliedern

Die Rangkorrelationsberechnungen helfen, drei Zusammenhänge genauer zu identifizieren:

Erstens: Es gibt unter den Selbstverwaltern einige stabile gesundheitspolitische Muster, Bewußtseinsformen und Einstellungskonfigurationen, die erlauben von einem ausgeprägteren alternativen, gesundheitspolitischen Bewußtsein zu sprechen.

Zweitens: Es gibt - offensichtlich aus einem realistischen Gefühl der möglichen oder schon wirklichen Widerstände gegen eine offensive SV-Politik

- ein sehr starkes strategisches Streben der Vertreter alternativer Positionen nach vielfältigen Verbindungen der Kasse zu externen Institutionen aller Art.

Drittens: Die SV reflektieren ebenfalls realistisch auf Bündnisse nach innen, d.h. mit der Verwaltung und setzen dabei auf ständige, intensive Kontakte.

Wir beschränken unsere Interpretation auf jene Zusammenhänge, die einen Wert von über 0,30 haben.

Zu erstens: Hierunter fallen z.B. die gleichgerichtete Bewertung der Wichtigkeit alternativer Methoden, gezielter Angebote und der Verhaltensprävention. Außerdem werden Überlegungen, gezielte Angebote zu entwickeln mit dem Ziel des Abbaus von Versorgungsnachteilen eng verknüpft gesehen.

Zu zweitens: Hierzu zählen insbesondere die gleichstarke Relevanz für Trägerkontakte, Gesundheitsamt- und Selbsthilfekontakte bei einer Politik gezielter Angebote. Gleichfalls interessant ist die Position, daß je wichtiger die Bildung von Arbeitsgemeinschaften wird auch die Wichtigkeit der Kontakte mit der Selbsthilfebewegung steigt.

Es ist also die Bereitschaft vorhanden, sich zweckorientiert über die Begrenzungen tradierter Formen hinwegzusetzen, obwohl natürlich Arbeitsgemeinschaften alleine auch noch lange nicht alltäglich sind

Zu drittens: Der Kassen-Personalkontakt ist umso wichtiger, desto wichtiger eine Beziehung zu externen Partnern gewollt wird. Im Falle der Beseitigung von Versorgungsnachteilen sieht die SV auch in besonderer Weise die Wichtigkeit/Notwendigkeit von Geschäftsführungs-Richtlinien.

An Einzelheiten knapp unter der 0,30-Grenze ist z.B. auch die gleichgerichtete Wichtigkeit von Versichertenkontakten und Personal-Weiterbildung (0,27) zu erwähnen.

10 Zusammenfassung und Perspektiven

Bezogen auf unsere Hypothesen und Zielsetzungen sind in unseren verschiedenen Teiluntersuchungen und den Untersuchungen anderer Wissenschaftler folgende relevanten Ergebnisse zu erkennen:

Die einseitig strukturtheoretischen Analysen haben für die Untersuchung der verschiedensten Probleme der GKV/SV ihre Begrenztheit gezeigt. Insbesondere bei der der Abwägung einer prinzipiellen Veränderbarkeit und der Analyse der Veränderungen, verstricken sich solche Analysen auch bei bestem gesundheitspolitischen Wollen in erhebliche argumentative Widersprüche.

Der hier vorgestellte gesellschaftstheoretische Ansatz Tjadens, der eine gründliche, eigenständige Analyse der Akteursseite bzw. des subjektiven Faktors in sich einschließt und dem Handeln eine relativ selbstbestimmte Rolle zumisst, scheint uns angemessen und tauglich für das weitere Verständnis und Forschung zu sein.

Die Analyse der Bewußtseinsformen und Einstellungen der Selbstverwalter erbrachte eine Fülle von verschiedenen, differenzierten Einstellungsmuster, die zeigen, daß und wie sich die SV durchaus reflexiv mit ihrer Tätigkeit, den ihr zugrundliegenden gesundheitlichen Problemlagen auseinandersetzt sowie gezielte Vorstellungen über ausgewählte Grundelemente einer alternativen Gesundheitspolitik und deren sozialen und organisatorischen Voraussetzung hat.

Es gibt Anzeichen dafür, daß es sich dabei um systematisch und strukturell beeinflußte Einstellungen handelt und nicht um extrem individuelle Positionen.

Der Analyse der Problemlagen entspricht daher auch das subjektive, politische Bewußtsein bestimmter Teile der Selbstverwalter. Andere Teile sind aber auch völlig einer Stabilisierung des Status quo selbst zulasten der Versicherten zugewandt.

Es gibt Anzeichen dafür, daß die Einstellungen kassenspezifisch bzw. je nach sonstiger sozialer Tätigkeit variieren und daß es eine Innovatorenhierarchie in der SV gibt.

11 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

12 Literaturverzeichnis

Abholz, H./Dreykluft, H.R. (1983): Ärztliches Abrechnungssystem und Qualität der Versorgung, in: Argument-Sonderband 102, Berlin, S.5 ff.

Achinger, H. (1958): Sozialpolitik als Gesellschaftspolitik, Hamburg

Affeld, D. (1982): Gesundheitsforschung und Gesundheitspolitik, in: Die Ortskrankenkasse Heft 1

Auerbach, W. (1957): Sozialplan für Deutschland, Berlin/Hannover

Aye, R. (1948): Die Selbstverwaltung in der deutschen Sozialversicherung, Diss. Köln 1948

Badura, B. (1985): Gesundheitspolitik: Probleme und Reformperspektiven, in: Gewerkschaftliche Monatshefte 6

Badura, B. (Hg.) (1976): Seminar: Angewandte Sozialforschungsstudien über Voraussetzungen und Bedingungen der Produktion, Diffusion und Verwertung sozialwissenschaftlichen Wissens, Frankfurt

Badura, B./v. Ferber, Chr. (Hg.) (1981): Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen, München

Badura, B./v. Ferber, Chr./Krüger, J./Riedmüller, B./Thiemeyer, Th./Trojan, A. (1981): Sozialpolitische Perspektiven, in: Badura, B./v. Ferber, Chr. (Hg.) 1981, S.5

Bank, H.P. (1975): Rationale Sozialpolitik, Berlin

Berufsordnung (2000): (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte in der Fassung der Beschlüsse des 100. Deutschen Ärztetages in Eisenach – MBO-Ä 1997, in: Deutsches Ärzteblatt 94, Heft 37, A-2354 bis A-2363

Schriewer, Hilko (1998): Arzt zwischen Tradition und Wertewandel. in: Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 43, A 2685-A 2688

Bank, H.P. (1979): Zur Mitwirkung und Mitbestimmung Betroffener an der Sozialpolitik, in: Neumann (1979), S.77

Bartolomäi, R./Bodenbender, W./Henkel, H./Hüttel, R. (1977): Sozialpolitik nach 1945, Bonn

Barttlingck, H. (1978): Die gegliederte Krankenversicherung verwirklicht echte Selbstverwaltung, in: Die Betriebskrankenkasse Heft 1

Becher, Cl. (1976): Der Selbstverwaltungsbericht der Bundesregierung und die Resonanz darauf, in: Sozialer Fortschritt Heft 7, S.146

Becher, E. Selbstverwaltungsrecht der Sozialversicherung, Berlin, Loseblattausgabe, Stand Mai 1987

Becker, H./Ruhland, W. (1980): Bürger und Sozialstaat, Bonn

Behrens, J./Leibfried, St. (1987): Sozialpolitische Forschung, in: Zeitschrift für Sozialreform Heft 1

Berg, H. (1986): Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen 1977-84, Bonn

Berger, H. (1974): Untersuchungsmethode und soziale Wirklichkeit, Frankfurt/M.

Berger, J. (1977): Handlung und Struktur in der soziologischen Theorie, in: Argument Bd. 101, S.56 ff, Berlin

Berger, P./Luckmann, Th. (1969): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit, Frankfurt

Billerbeck, U. (1982): Soziale Selbstverwaltung und Gewerkschaftsbewegung, in: Jahrbuch der Arbeiterbewegung, Frankfurt/M.

Billeter-Frey, E.P./Vlach, V. (1982): Grundlagen der statistischen Methodenlehre, Stuttgart

Bogs, H. (1977): Strukturprobleme der Selbstverwaltung einer modernen Sozialversicherung, Bad Godesberg

Bogs, H. (1977): Strukturprobleme der Selbstverwaltung einer modernen Sozialversicherung, in: Soziale Selbstverwaltung, Bd. 1, Bonn

Bogs, H. u.a. (Hg.) (1982): Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung, Köln

Bogs, W. u.a. (1966): Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland (Sozialenquete), Stuttgart

Bogs, H./Herder-Dorneich, P./Scheuch, E./Wittkämper, G. (1982): Gesundheitspolitik zwischen Staat und Selbstverwaltung, Köln

Bortz, J. (1985): Lehrbuch der Statistik für Sozialwissenschaftler (2. Auflage), Berlin, Heidelberg u.a.

Böhret, C./Klages, H./Reinermann, H./Siedentopf, H. (Hg.) (1987): Herausforderungen an die Innovationskraft der Verwaltung, Opladen

Brackmann, K. (1964): Zum Begriff der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung und ihren verfassungsmäßigen Grundlagen, in: DOK 1964, S.627

Brackmann, K. (1987): Handbuch der Sozialversicherung, 4 Bände, St. Augustin, Loseblattausgabe, Stand August 1987

Braun, B. (1985): Selbstverwaltung und Selbstverwalter als Präventionsanwälte? - Probleme und Perspektiven, in: Rosenbrock/Hauß (1985), S.177

Braun, B. (1987): Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung - Ein Konzept zwischen Selbsthilfe, Betroffenenorientierung und Staatsregulierung am Beispiel präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutzes, in: Fricke u.a. 1987, S.181, Bonn

Braun, B. (1988): Zur Problematik wissenschaftlicher Politikberatung in der GKV, in: Die Krankenversicherung Heft 8/9

Braun, B./Georg, A. (1989): Arbeitsweltbezogene Gesundheitsforschung und Arbeitssoziologie, in: Sociologica del trabajo, Madrid

Braun, B./Reiners, H. (1988): Handbuch für die Selbstverwaltung in der Krankenversicherung, Dortmund/Düsseldorf

Braun, B./Reiners, H./Teske, U. (1983): Selbstverwaltung in der Krankenversicherung - Bedingungen und Chancen gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik als sozialpolitische Mitbestimmung, in: Soziale Sicherheit Heft 10

Braun, B./Teske, U. (1982): Datenfriedhof - nein danke! Welche Informationen braucht die Selbstverwaltung in der Krankenversicherung?, in: Soziale Sicherheit Heft 6

Braun, B./Teske, U. (1983): Resultate einer Bilanzierung der Arbeit der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung, Dortmund (unveröffentlichtes Manuskript)

Braun, B./Teske, U./Reiners, H. (1983): Überlegungen zur Erforschung und Entwicklung von Partizipationsverhätnissen in der Krankenversicherung, Dortmund (unveröff.)

Braun, B./Zeller, I. (1988): Das Arbeitssicherheitsgesetz, in: Elsner (Hg.) 1988, S.15 ff

Braun, B./Georg, A. (1988): Warnung vorm Altwerden, in: Revier Heft 11

Breithaupt, G. (1934): Die Beschränkung der Selbstverwaltung der Versicherungsträger, Diss. Würzburg 1934

Brennecke, R. (1985): Zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Jahre 1981, in: Hauser, R./Engel, B. (Hg.) 1985, S. 289

Brück, G. (1977): Die soziale Selbstverwaltung in der Bewährungsprobe, in: Sozialer Fortschritt 1977, S.25

Buchmann, M./Karrer, D./Meier, R. (1985): Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Alltag, Bern/Stuttgart

Buckley, W. (1968): Society as a Complex Adaptive system, in ders. (Hg.) Modern System Research for the Behavorial Scientist, Chicago

Bull, H.P. (1976): Zur Lage der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, in: Die Krankenversicherung, S. 175

Bundesregierung (Hg.) (1975): Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung (Bundestagsdrucksache 7/4244), Bonn

Büschges, G. (1983): Einführung in die Organisationssoziologie, Stuttgart

Clauss. G./Ebner, H. (1970): Grundlagen der Statistik, Frankfurt

Clauss, G./Ebner, H. (1976): Grundlagen der Statistik, Frankfurt

Combrink, H. (1976): Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung - Stellungnahme der Spitzenverbände zum Bericht der Bundesregierung, in: Die Ersatzkasse 1976, S.222

Däubler, W. (1984): Präventiver Gesundheitsschutz durch gesetzliche Krankenkassen, IIVG-pre 84-205 (WZB-Papiere), Berlin

Deppe, F. (1971): Das Bewusstsein der Arbeiter, Köln

Deppe, H.U. (1987): Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar, Frankfurt

Deutscher Gewerkschaftsbund (Hg.) (1987): Arbeitsprogramm für die Selbstverwaltung der sozialen Krankenversicherung 1986-1992, Düsseldorf

Deutscher Gewerkschaftsbund (1972): Gesundheitspolitisches Programm des DGB, Düsseldorf

Deutscher Gewerkschaftsbund (1980): Sozialpolitisches Programm des DGB, Düsseldorf

DGB-Bundesvorstand (1986): Daten und Fakten Sozialwahlen 1986-Argumentationshilfe, Düsseldorf

Diehl, K./Mombert, P. (Hg.) (1984): Sozialpolitik - Ausgewählte Lesestücke zum Studium der politischen Ökonomie, Frankfurt

Diehl, R./Treeck, W.v. (1982): Sachbearbeiter und Computer im Leistungswesen der Ortskrankenkassen, Kassel

Diehl, R./Treeck, W. (1982): Sachbearbeiter und Computer im Leistungswesen der Ortskrankenkassen, Kassel

Dorneich, P. (1976): Die Krankenversicherung, in: Handbuch der Sozialmedizin, Bd. III, Stuttgart S.515

Durkheim, E. (1961): Die Regeln der soziologischen Methode, Neuwied

Ehrenberg, H./Fuchs, A. (1980): Sozialstaat und Freiheit, Frankfurt

Elsner, G. (Hg.) (1988): Handbuch Arbeitsmedizin, Hamburg

Engelhardt, W.W. (1977): Solidarische Selbsthilfe und Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, in: Soziale Sicherheit Hefte 2, 3, 4, 6

Engelhardt, K./Wirth, A./Kindermann, L. (1973): Kranke im Krankenhaus, Stuttgart

Esser, J./Fach, W./Väth, W. (1983): Krisenregulierung - Zur politischen Durchsetzung ökonomischer Zwänge, Frankfurt

Etzioni, A. (1975): Die aktive Gesellschaft, Opladen

Fargel, M./Strauf, H.G./Timper, M. (1982): Abschlussbericht der sozialwissenschaftlichen Begleituntersuchung zu DOMINIG-Fallstudie zur Projektförderung von Datenverarbeitungsanwendungen im Krankenhaus, München 1982

Feige, L. (1980): Sozialpolitische Analyse der Organisation von Interessen in der gesetzlichen Krankenversicherung, Diss. Köln

Fink, U. (Hg.) (1982): Wie krank ist unsere Gesundheit?, Berlin

Frank, G. (1983): Sozialstaatsprinzip und Gesundheitssystem, Frankfurt / New York

Fricke, W./Johannson, K./Krahn, K./Kruse, W./Peter, P./Volkholz, V. (Hg.) (1987): Jahrbuch Arbeit und Technik in Nordrhein-Westfalen 1987, Bonn

Friedrichs, J. (1973): Methoden empirischer Sozialforschung, Reinbek

Fröhlingsdorf, K.H. (1969): Der Schlussbericht zur Sozialwahl 1968, in: Die Krankenversicherung Heft 6, Berlin u.a.

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (o.J.): Tagebuch der Sozialreform, 3 Bände 1956-1965

Giesen, B./Schneider, W. (1984): Von Missionaren, Technokraten und Politikern, in: Soziale Welt S.458 ff

Gießen, K.H. (1976): Die Gewerkschaften im Prozess der Volks- und Staatswillensbildung, Berlin

Göckenjan, G. (1980): Politik und Verwaltung präventiver Gesundheitssicherung, in: Soziale Welt Heft 2

Göckenjan, G. (1981): Verrechtlichung und Selbstverantwortlichkeit in der Krankenversicherung, in: Leviathan Heft 3

Griese, A. (1971): Philosophischer Gesetzesbegriff und dialektisch-materialistische Entwicklungstheorie, in: Deutsche Zeitschrift f. Philosophie, Berlin

Großhaus, C. (1977): Sozialpolitische Analyse der Arbeitnehmervertretung in den Wahlen der Sozialversicherung, Diss. Köln

Großhaus, C./Herber, R. (1985): Sozialökonomische Analyse der Sozialversicherungswahlen, Berlin

Haas, J.E./Drabek, T.T. (1973): Complex Organizations, New York

Habermas, J./Henrich, D. (1974): Zwei Reden, Frankfurt

Habermas, J. (1981): Theorie des kommunikativen Handelns, Bd. 1 und 2, Frankfurt

Hahn, E. (1965): Soziale Wirklichkeit und soziologische Erkenntnis, Berlin

Harder, Th. (1974): Werkzeug der Sozialforschung, München

Hauser, R./Engel, B. (Hg.) (1985): Soziale Sicherung und Einkommensverteilung, Frankfurt / New York

Hauss, F./Göckenjan, G./Rosenbrock, R. (1985): Betriebskrankenkassen und Prävention - Schlussbericht eines Projektes, Berlin

Hauss, F./Naschold, F./Rosenbrock, R. (1981): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Bonn

Hauss, F./Naschold, F./Rosenbrock, R. (1981): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme und leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen, in: diess. (1981)

Hegner, F. (1979): Bürgernähe, Sozialbürgerrolle und soziale Aktion, Bielefeld

Heimann, E. (1980): Soziale Theorie des Kapitalismus. Theorie der Sozialpolitik, Frankfurt

Helberger. Chr. (1986): Die Krisenanfälligkeit der Sozialversicherung und Möglichkeiten zu ihrer Überwindung, in: Winterstein, H. (Hg.), Sozialpolitik in der Beschäftigungskrise I, Berlin, S.207

Helbig, N. (1987): Psychiatriereform und politisch-ökonomische Strukturkrise in der BRD, Marburg/L.

Hendler, R. (1983): Selbstverwaltung als Ordnungsprinzip, Göttingen (Ms.)

Hentschel, V. (1983): Geschichte der deutschen Sozialpolitik 1880-1980, Frankfurt

Herder-Dorneich, P. (1966): Sozialökonomischer Grundriss der Gesetzlichen Krankenversicherung, Stuttgart u.a.

Herkommer, S./Bischoff, J. u.a. (1979): Gesellschaftsbewusstsein und Gewerkschaften, Hamburg

Hettlage, S. (1982): Befreite Kompetenz, in: Soziale Welt Heft 1

Hockerts, H.G. (1980): Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland, Stuttgart

Horn, K./Beier, Chr./Kraft-Krumm, D. (1984): Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn, Opladen

INFAS (1977): Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. Ihre Bedeutung für die Versicherten, in: Soziale Selbstverwaltung, Bd. 1, Bonn

Kaiser, H.J./Seel, H.J. (Hg.) (1981): Sozialwissenschaft als Dialog. Die methodischen Prinzipien der Beratungsforschung, Weinheim/Basel

Karlsen, Th./Kühn, H./Oppen, M. (Hg.) (1985): Informationstechnologie im Dienstleistungsbereich, Berlin

Kaufmann, F.X. (Hg.) (1987): Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe, München

Kaufmann, F.X. (Hg.) (1979): Bürgernahe Sozialpolitik, Frankfurt, New York

Kempen, O.E. (1976): Sozialstaatsprinzip und Wirtschaftsordnung, Frankfurt / New York

Klein, G./Forster, E. (1980): Die Organe der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung vor 1933, in: Zeitschrift für Sozialreform Heft 2

Köhler, P./Zacher, H. (Hg.) (1981): Ein Jahrhundert Sozialversicherung, Berlin

König, R. (Hg.) (1973): Handbuch der empirischen Sozialforschung - Grundlegende Methoden und Techniken der empirischen Sozialforschung. Erster Teil, Stuttgart

König, R. (Hg.) (1974): Handbuch der empirischen Sozialforschung - Grundlegende Methoden und Techniken der empirischen Sozialforschung. Dritter Teil, Stuttgart

Krause/v. Maydell/Merten/Meydam (1978): Gemeinschaftskommentar zum SGB IV, Neuwied

Krämer, W. (1982): Wer leben will, muss zahlen, Düsseldorf/Wien

Kriz, J. (1973): Statistik in den Sozialwissenschaften, Reinbek b. H.

Kronberger Kreis (Hg.) (1987): Mehr Markt im Gesundheitswesen, Bad Homburg

Krumenacker, F.J. (1988): Gesundheit - von der Residualgröße zur konkreten Utopie, Köln

Kruse, U. (1976): Verspricht das neue Sozialgesetzbuch ein Optimum an sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit?, in: Die Sozialversicherung Heft 5

Kruse, U./Kruse, S. (1982): Der Spielraum der Selbstverwaltung der GKV, in: Soziale Sicherheit

Labisch, A. (1982): Medizinische Versorgung ohne Konzept, Kassel

Labisch, A. (1987): Problemsicht, Problemdefinition und Problemlösungsmuster der Gesundheitssicherung durch Staat, Kommunen und primäre Gemeinschaften, in: Kaufmann, F.X. (Hg.) (1987), S.91

Lampert, H. (1984): Soziale Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Prinzip staatlicher Sozialpolitik, in: Winterstein (1984), S.37

Lampert, H./Kühlewind, G. (Hg.) (1984): Das Sozialsystem der Bundesrepublik Deutschland, Nürnberg

Leithäuser, Th. (1976): Formen des Alltagbewusstseins, Frankfurt

Leontjew, A.N. (1977): Tätigkeit, Bewusstsein, Persönlichkeit, Stuttgart

Leopold, D. (1972): Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, Diss. Würzburg

Leopold, D. (1974): Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, in: Zeitschrift für Sozialreform Heft 1

Leopold, D. (1980): Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, St. Augustin 1980 (3. Auflage)

Luhmann, N. (1971): Politische Planung. Aufsätze zur Soziologie von Politik und Verwaltung, Opladen

Luhmann, N./Habermas, J. (1971): Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie, Frankfurt

Maciejewski, F. (Hg.) (1975): Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie, Frankfurt

Mackenroth, G. (1952): Die Reform der Sozialpolitik durch einen deutschen Sozialplan (Schriften des Vereins für Sozialpolitik, NF Bd. 4), Berlin

Marplan (1985): Sozialwahlen '86-Untersuchung zur Formulierung eines strategischen Konzepts (erarbeitet für den DGB-Bundesvorstand), Offenbach

Maunz, Th./Schaft, H. (1975): Die Sozialversicherung und ihre Selbstverwaltung. Loseblattkommentar, Berlin

Mayntz, R./Derlien, H.U. (1979): Die Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn

Mayntz, R./Klitsch, W./Überländer, E. (1982): Analyse von Planungs- und Steuerungsfunktionen der GKV, Bonn

McKeown, Th. (1982): Die Bedeutung der Medizin, Frankfurt

Mosdorf, S. (Hg.) (1982): Sorge um den Sozialstaat - Bilanz nach hundert Jahren, Stuttgart

Muhr, G. (1977): Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, in: Grundlagen der Sozialversicherung - Festschrift für K. Brackmann, St. Augustin S.37 ff

Muhr. G. (1978): Zur Selbstverwaltung keine Alternative, in: Soziale Sicherheit Heft 11

Murswieck, A. (Hg.) (1976): Staatliche Politik im Sozialsektor, München

Münch, R. (1988): Theorie des Handelns, Frankfurt

Naschold, F. (1967): Kassenärzte und Krankenversicherungsreform, Freiburg

Negt, O. (1971): Soziologische Phantasie und exemplarisches Lernen, 2. Auflage der überarbeiteten Neuausgabe, Frankfurt

Neuhaus, R./Großjohann, K. (1980): Sozialversicherung und Gesundheitssicherung, Forschungsbericht an das BMAuS, Bonn (Ms.)

Neumann, L.F. (Hg.) (1979): Sozialforschung und soziale Demokratie - Festschrift für Otto Blume, Bonn

Nowak, M./Schaper, K. (1981): Reform der Selbstverwaltung in der GKV, in: WSI-Mitteilungen Heft 5

o. Verf. (1986): Schlussbericht der Wahlbeauftragten über die allgemeinen Wahlen in der Sozialversicherung im Jahre 1986, vorgelegt vom Bundeswahlbeauftragten für die Durchführung der Wahlen in der Sozialversicherung, Dezember 1986, Bonn

Oberender, P. (Hg.) (1985): Gesundheitswesen im Wandel, Spardorf

Oberwinster, G. (1954): Paritätische Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, in: Rohrbeck, W. (Hg.), Beiträge zur Sozialversicherung, Berlin, S.1

Oberwinster Pfanzagl, J. (1972): Allgemeine Methodenlehre der Statistik I, Berlin / New York

Paffrath, D./Schwabe, H. (Hg.) (1988): Arzneiverordnungsreport '88, Stuttgart / New York

Pankoke, E./Nokielski, H. (1977): Verwaltungssoziologie, Stuttgart u.a.

Pankoke, E./Nokielski, H./Beine, Th. (1975): Neue Formen gesellschaftlicher Selbststeuerung, Göttingen

Parsons, T. (1968): Soziale Struktur und Persönlichkeit, Frankfurt

Patzer, V. (1974): Zur Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, in: Autorenkollektiv, Gewerkschaften und Medizin - Bedingungen und Möglichkeiten, Berlin

Pawelzig, G. (1970): Dialektik der Entwicklung objektiver Systeme, Berlin

Pfanzagl, J. (1978): Allgemeine Methodenlehre der Statistik II, Berlin / New York

Pitschas, R. (1980): Soziale Sicherung durch fortschreitende Verrechtlichung?, in: Voigt 1980, S.150

Pitschas, R. (1983): Entbürokratisierung durch Beratung?, in: Voigt, R. (Hg.) 1983, S.225

Raspe, H.H. (1976): Informationsbedürfnisse und faktische Informiertheit bei Krankenhauspatienten, in: Medizinische Klinik Nr. 23, S.1016

Redler, E. (1979): Gesundheit und Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland, Diss. Berlin

Reidegeld, E. (1980): Vollzugsdefizite sozialer Leistungen, in: Voigt (Hg.) 1980

Reidegeld, E. (1984): Die "klassische" Sozialversicherung in der Entscheidung: deutsche und alliierte Kräfte und Interessen vor und nach 1945, in: Zeitschrift für Sozialreform 11/12

Reiners, H. (1987): Ordnungspolitik im Gesundheitswesen - Ausgangspunkte und Konzepte, Bonn

Reiners, H. (1988): Gesundheit als Ware, in: Argument AS 155, Berlin S.62

Ridder, P. (1974): Die Patientenkarriere. Von der Krankheitsgeschichte zur Krankengeschichte, Stuttgart

Rosenbrock, R. (1984): Gesundheitsforschung aus der Defensive in: Argument - Sonderband AS 113, Berlin, S.138

Rosenbrock, R. (1985): Kassen kümmern sich kaum um arbeitsorientierte Gesundheitspolitik, in: Angestelltenmagazin 10/85

Rosenbrock, R. (1985): Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch die GKV - Ein Thema in einer Arena, in: Naschold, F. (Hg.), Arbeit und Politik. Gesellschaftliche Regulierung der Arbeit und der sozialen Steuerung, Frankfurt / New York

Rosenbrock, R. (1985): Re-Politisierung der Selbstverwaltung als Voraussetzung und Folge wirksamer Prävention durch Institutionen der GKV, in: Rosenbrock / Hauss (Hg.) (1985)

Rosenbrock, R./Hauss, F. (Hg.) (1985): Krankenkassen und Prävention, Berlin

Rossi, P./Freeman, H./Hofmann, G. (1988): Programm Evaluation, Stuttgart

Sachße, Ch./Tennstedt, F. (Hg.) (1986): Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung, Frankfurt

Salzwedel, W. (1962): Staat und Selbstverwaltung in der gesetzlichen Rentenversicherung, Frankfurt

Schaefer, H./Blohmke, M. (1978): Sozialmedizin, Stuttgart

Schallen, R. (1971): Die Stellung der Geschäftsführer von Sozialversicherungsträgern, Diss. Köln

Scharf, B. (1977): Ökonomie, Demokratie und Identität des Wohlfahrtstaates, Diss. Regensburg

Scharpf, F.W. (1970): Demokratietheorie zwischen Utopie und Anpassung, Konstanz

Scheuner, K. (1952): Wirtschaftliche und soziale Selbstverwaltung, in: Die öffentliche Verwaltung

Schlosser, O. (1976): Einführung in die sozialwissenschaftliche Zusammenhangsanalyse, Reinbek

Schmidt, A. (1976): Aktuelle Fragen aus der Verbandsarbeit, in: DOK 1976, S.784

Schmidt, A. (1977): Zum Entstehen der Selbstverwaltung in der Nachkriegszeit, in: Bartolomäi u.a., 1977, S.391

Schmidt, A./Jahn, E./Scharf, B. (Hg.) (1988): Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft, Bd.2 Vorschläge zur Strukturreform (erarbeitet von der gesundheitspolitischen Strukturkommission beim DGB-Bundesvorstand), Köln

Schmidt, A./Jahn, E./Scharf, B. (Hg.) (1987): Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft, Bd.1 Grundmängel (Bericht der gesundheitspolitischen Strukturkommission beim DGB-Bundesvorstand), Köln

Scholmer, J. (1984): Das Geschäft mit der Krankheit, Köln

Schuh, J. (1988): MPSS-Benutzerhandbuch, Dortmund

Schütt, H.G. (1979): Rationalität und Erfahrung, in: Soziale Welt, S.70

Siebeck, E. (1968): Organe der Selbstverwaltung, in: Sozialrecht und Sozialpolitik, Festschrift für Kurt Jantz, Stuttgart

Siebeck, E. (1968): Ehrenamtliche und korporative Selbstverwaltung, in: DOK 1968, S.303

Siebeck, Th. (1974): AOK - Partner der Versicherten und Arbeitgeber, in: Die Ortskrankenkasse Heft 17

Siebeck, Th. (1980): Sitzungen der Selbstverwaltungsorgane, Essen (3., überarbeitete Auflage)

Siegel, S. (1976): Nichtparametrische statistische Methoden, Frankfurt

Skellow, B. (1982): Korporative Repräsentationen der Gewerkschaften, Frankfurt / New York

Soziale Selbstverwaltung (1977): Band 1 - mit Beiträgen von Bogs/v.Ferber, Infas, Bonn

Sozialgesetzbuch (1977): Gemeinsame Vorschriften, Text und Erläuterungen, im Auftrag der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin

Stammer, O. (Hg.) (1958): Die Mitbestimmung der Angestellten in der Sozialversicherung, untersucht am Beispiel der Wahlen zur Selbstverwaltung in der Sozialversicherung

Standfest, E. (1975): Sozialpolitik und Verteilung, in: WSI-Mitteilungen, S.553

Standfest, E. (1977): Soziale Selbstverwaltung. Zum Problem der Partizipation in der Sozialpolitik, in: v. Ferber u.a. 1977. S.424

Standfest, E. (1977): Reform der sozialen Selbstverwaltung, in: Soziale Sicherung 1977, S.3553

Standfest, E. (1979): Sozialpolitik als Reformpolitik, Köln

Standfest, E. (1981): Möglichkeiten und Grenzen gewerkschaftlicher Sozialpolitik über die soziale Selbstverwaltung, in: Sozialer Fortschritt Heft 7/8

Standfest, E. (1982): Zur Anwendung von Forschungsergebnissen in der Selbstverwaltung der Sozialversicherung, in: Soziale Sicherheit Heft 5

Standfest, E. (1983): Zur Anwendung von Forschungsergebnissen in der Selbstverwaltung der Sozialversicherung, in: Soziale Sicherheit Heft 5

Standfest, E. (1986): Soziale Sicherungssysteme, Sozialpolitik, Sozialpolitik, Sozialstaat und Wirtschaftsdemokratie, in: Die Mitbestimmung Heft 8/9, S.478

Steinmetz, H./Matiske, B./Zalewski, T./Beske, F. (1986): Selbstverwaltung in der gesetzlichen Selbstverwaltung , Kiel

Stößner, R. (1978): Die Staatsaufsicht in der Sozialversicherung, St. Augustin

Tennstedt, F. (1976): Zur Ökonomisierung und Verrechtlichung in der Sozialpolitik, in: Murswieck 1976, S.139

Tennstedt, F. (1977): Soziale Selbstverwaltung Bd. 2: Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung, Bonn

Tervooren, F. (1976): Selbstverwaltung auf dem Prüfstand, in: Krankenversicherung 1976, S.37

Thiemeyer, Th. (1984): Selbstverwaltung im Gesundheitsbereich, in: Winterstein (1984), S.63

Thompson, E.P. (1987): Die Entstehung der englischen Arbeiterklasse Bd.1 und 2, Frankfurt

Tiemann, B./Tiemann, S. (1983): Kassenarztrecht im Wandel. Die GKV zwischen Kostendämpfung und Strukturveränderung, Berlin u.a.

Tjaden, K.H. (1975): Bemerkungen zur historisch-materialistischen Konzeption der Struktur gesellschaftlicher Systeme, in: Maciojewski 1975

Tjaden, K.H./Hebel, A. (Hg.) (1971): Soziale Systeme, Neuwied

Tjaden, K.H. (1972): Soziales System und sozialer Wandel, Stuttgart

Uehlinger, H.M. (1988): Politische Partizipation in der Bundesrepublik, Opladen

Uledow, A.K. (1972): Die Struktur des gesellschaftlichen Bewusstseins, Berlin

Universität Bremen (1985): Sozialpolitik und Sozialstaat - Arbeitspapiere des Forschungsschwerpunktes Reproduktionsrisiken, soziale Bewegungen und Sozialpolitik Nr. 51, Bremen

v. Ferber, Chr. (1974): Informationssysteme in der Krankenversicherung, in: Die Ortskrankenkasse Heft 19

v. Bethusy-Huc, v. Gräfin (1976): Das Sozialleistungssystem der Bundesrepublik Deutschland, Tübingen

v. Ferber, Chr. (1969): Der Beitrag der Soziologie zur Sozialreform, in: Blind, A./v. Ferber, Chr./Krupp, H.J., Sozialpolitik und persönliche Existenz, Festgabe für H. Achinger, Berlin, S.71 ff.

v. Ferber, Chr. (1975): Selbstverwaltung und soziale Sicherung, in Gewerkschaftliche Monatshefte, Heft 3

v. Ferber, Chr. (1975): Mängelanalyse der sozialen Selbstverwaltung, unveröffentlichtes Manuskript

v. Ferber, Chr. (1976): Soziale Selbstverwaltung - Fiktion oder Zukunft?, in: Bundesarbeitsblatt, S.12

v. Ferber, Chr. (1977): Werden die Sozialpolitiker aus den Erfahrungen lernen? Theoretisch-empirische Voraussetzungen einer veränderten Sozialpolitik, in: Gewerkschaftliche Monatshefte 1977, S. 151

v. Ferber, Chr. (1977): Wird der sozialpolitische Handlungsspielraum der sozialen Selbstverwaltung ausgeschöpft?, in: Borsdorf, U. u.a. (Hg.), Gewerkschaftliche Politik: Reform aus Solidarität. Zum 60. Geburtstag von Heinz O. Vetter, Köln, S.373

v. Ferber, Chr. (1982): Grenzen und Perspektiven einer Kooperation von Selbstverwaltung und Staat in der Strukturpolitik, Bonn (unveröffentlichtes Manuskript)

v. Ferber, Chr. (1977): Soziale Selbstverwaltung - Fiktion oder Chance?, Bd. 1: Soziale Selbstverwaltung, Bonn

v. Ferber, Chr. (1977): Soziale Selbstverwaltung - Funktion oder Chance?, in: Soziale Selbstverwaltung I, Bonn

v. Ferber, Chr./Kaufmann, F.X. (Hg.) (1977): Soziologie und Sozialpolitik, Opladen 1977

v. Ferber, Chr./Badura, B. (Hg.) (1983): Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe, München

v. Ferber, Chr. u.a. (Hg.) (1985): Kosten Effizienz im Gesundheitswesen, München

v. Ferber, Chr. (1987): Ist ein gegliedertes Sozialleistungssystem den Volkskrankheiten gewachsen, in: Gewerkschaftliche Monatshefte 11/87

v. Ferber, L. (1977): Kommunikation im Medizinbetrieb, Referat, Berlin

Vanberg, V. (1975): Die zwei Soziologien, Tübingen

Voigt, R. (Hg.) (1983): Abschied vom Recht?, Frankfurt

Voigt, R. (Hg.) (1983): Gegentendenzen zur Verrechtlichung (Jahrbuch für Rechtssoziologie und Rechtstheorie, Opladen

Voigt, R. (Hg.) (1980): Verrechtlichung, Königstein/Ts.

Wallis, W.A./Roberts, H. (1977): Methoden der Statistik, Reinbek

Werner, H. (1979): Arbeiterbildung und gesellschaftliches Bewusstsein, Köln

Wertenbruch, W. (1975): Zur Existenz der Selbstverwaltung im System der sozialen Sicherung, in: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 8

Winterstein, H. (Hg.) (1983): Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates I, Berlin

Winterstein, H. (1984): Selbstverwaltung als ordnungspolitisches Problem des Sozialstaates II, Berlin

Wollmann, H. (Hg.) (1980): Politik im Dickicht der Bürokratie - Beiträge zur Implementationsforschung, Opladen

Wollmann, H. (1980): Implementationsforschung - eine Chance für kritische Verwaltungsforschung, in: ders. (Hg.) 1980, S.9 ff.

WSI-Studie Nr. 35 (Standfest, E. u.a.) (1978): Sozialpolitik und Selbstverwaltung, Köln

Zacher, H.F. (Hg.) (1979): Bedingungen für die Entstehung und Entwicklung von Sozialversicherung, Berlin

Zacher, H.F. (1980): Sozialpolitik und Verfassung im ersten Jahrzehnt der Bundesrepublik Deutschland, Berlin

Zander, M (Hg.) (1987): Anders Altsein - Kritik und Perspektiven der Altenpolitik, Essen

13 Fragebogen

FRAGEBOGEN

QUALIFIKATIONSBEDARF VON GEWERKSCHAFTLICHEN SELBSTVERWALTUNGSMITGLIEDERN IN DER GKV

Dieser Fragebogen richtet sich an alle Kollegen/innen, die seit 1980 an Bildungsmaßnahmen für Selbstverwalter (SV) in der GKV an der DGB-Bundesschule Niederpöcking und/oder an den im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung durch die GfAH in vier DGB-Kreisen durchgeführten Modellversuche zur Qualifizierung von SV-Mitgliedern (schwerpunktmäßig 1987) teilgenommen haben. Entsprechend versucht der Fragebogen drei Ziele zu erreichen:

- Ermittlung des weiteren Qualifikations-, Beratungs- und Handlungsbedarfs von denjenigen, die schon eine Art von Basisqualifizierung hinter sich haben

- Erhebung von subjektiven Interessen und Erwartungen von SV-Aktiven

- Schriftliche und anonyme Erhebung der Einschätzung der Modellseminare zusätzlich zu den mündlichen Seminarkritiken. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse sollen bei der praktischen Ausformulierung eines Referentenleitfadens und weiteren konzeptionellen Überlegungen zur SV-Qualifizierung herangezogen werden.

Entsprechend der doppelten Zielsetzung können einige Fragen nicht von allen Kollegen/innen beantwortet werden (entsprechende Hinweise finden sich im Fragebogen).

Die Daten des Fragebogens werden elektronisch gespeichert. Alle Angaben werden selbstverständlich anonym behandelt. Alle evtl. Hinweise auf die antwortende Person werden sofort nach Eingang des ausgefüllten Fragebogens vernichtet. Auswertungen werden auf jeden Fall der Böcklerstiftung, dem DGB-Bundesvorstand und der DGB-Bundesschule Niederpöcking zur Verfügung gestellt.

Um die Dateneingabe zu erleichtern, bitte ich die Bogen leserlich und eindeutig auszufüllen. Für die gesamte Mitarbeit danke ich allen Antwortenden schon im voraus herzlich.

1. Hast du nach 1980 an einem Selbstverwaltungsseminar für Krankenversicherungs-Selbstverwalter an der DGB-Bundesschule Niederpöcking teilgenommen?

ja................................. ❒

nein............................. ❒

Falls du diese Frage mit ja beantwortet hast, beantworte bitte alle Fragen <u>bis zur Frage 31 einschließlich!</u>

2. Hast du an einem der Modellseminare für Selbstverwaltungsmitglieder in der GKV teilgenommen?

ja................................. ❒

nein............................ ❒

3. Falls du diese Frage mit ja beantwortest hast, beantworte bitte alle Fragen <u>bis Frage 36!</u>

4. In welchem Jahr hast du einen Lehrgang besucht? (evtl. Mehrfachnennungen möglich!)

------------ (Jahr)

5. Auf welche/wessen Anregung hast du dich zu diesem Lehrgang gemeldet? (Mehrfachnennungen möglich!)

Lektüre des Bildungsprogrammprosprektes.. ❒

Hinweis des örtlichen DGB's... ❒

Anregungen von Selbstverwaltungskollegen.. ❒

Hinweise der Kassengeschäftsführung.. ❒

Sonstiges:____ ❒

6. Entsprach der Lehrgang deinen Erwartungen bzw. Bedürfnissen?

ja................................. ❒

nein............................. ❒

7. Wie beurteilst du die nachfolgend genannten Inhalte dieser Lehrgänge? (Bitte zu jedem Inhaltselement eine Antwort geben!)

	sollte angemessen werden	sollte mehr vermittelt werden	weniger vermittelt werden
Grundwissen (Haushaltsrecht etc.)....................	❒.................	❒.................	❒
Politische Grundsatzdiskussion			
(z.B. Strukturreformgesetze)..............................	❒.................	❒.................	❒
Erfahrungsaustausch mit anderen Kollegen.....	❒.................	❒.................	❒
Diskussion von praktischen Alltagsproblemen			
z.B. Umgang mit Jahresrechnung).................	❒.................	❒.................	❒
Umgang mit Geschäftsführung.........................	❒.................	❒.................	❒
Vermittlung der DGB-Programmatik................	❒.................	❒.................	❒

8. In welcher Kassenart bist du Selbstverwaltungsmitglied?

AOK........................... ❒

BKK........................... ❒

IKK............................. ❒

Ersatzkasse................ ❒

9. Seit wann bist du Mitglied in einem Selbstverwaltungsorgan der gesetzlichen Krankenversicherung?

seit ____________(bitte Jahr angeben)

10. In welchem Kassenorgan bist du gegenwärtig? (Mehrfachnennungen möglich)

Vertreterversammlung ❐

Vorstand...................... ❐

Ausschüsse................ ❐

11. Bist du auch Mitglied in einem Selbstverwaltungsorgan eines anderen Sozialversicherungs-trägers?

ja................................ ❐

nein............................ ❐

12. Wenn ja, bist du Mitglied in der SV der ... (Mehrfachnennungen möglich)

...Rentenversicherung.................................. ❐

...Unfallversicherung.................................... ❐

...Organe der Arbeitsverwaltung................... ❐

13. In welchem Landes- oder Bundesverbandsorgan deiner Kassenart bist du gegenwärtig? (Mehrfachnennungen möglich)

in keinem... ❐

in Vertreterversammlung des Landesverbandes....................................... ❐

in Vorstand des Landesverbandes.. .❐

in Vertreterversammlung des Bundesverbandes....................................... ❐

in Vorstand des Bundesverbandes.. ❐

14. In welcher Eigenschaft bist du Organmitglied?

Beauftragter................ ❐

Versicherter................ ❐

15. In welcher Funktion bist du als Mitglied deines Kassenorgans?

Stellvertreter.. ❐

ordentliches/einfaches Mitglied.................... ❐

Vorsitzende(r).. ❐

16. Welches Geschlecht hast du?

weiblich...................... ❐

männlich..................... ❐

17. Wie alt bist du? (Bitte nur das Geburtsjahr angeben!)

____

18. Welcher Einzelgewerkschaft gehörst du an?

____

19. Hast du sonstige gewerkschaftliche Funktionen?

ja.............................. ❐

nein........................... ❐

20. Wenn ja, welche Funktionen hast du?

hauptamtlicher Funktionär Einzelgewerkschaft.. ❐

hauptamtlicher Funktionär DGB... ❐

Betriebsratsmitglied.. ❐

Betriebsratsvorsitzende(r)... ❐

Sonstige:____

21. Welchen Beruf übst du aus?

____

22. Wie bewertest du persönlich die nachfolgend genannten politischen Ziele in der Selbstverwaltung?

	sehr wichtig	halte ich für bedenkenswert	unwichtig
Kostendämpfung.................................	❐	❐	❐
Leistungen ausdehnen........................	❐	❐	❐
Kontakte zu den Versicherten..............	❐	❐	❐
Kontakte zu den Kassenbeschäftigten..	❐	❐	❐
Weiterbildung des Kassenpersonals......	❐	❐	❐
Ursachen von Krankheiten ermitteln.....	❐	❐	❐
Inanspruchnahme Leistungen reduzieren......	❐	❐	❐
Kontakte zu anderen Sozialversicherungsträgern (z.B. Rentenversicherung)............................	❐	❐	❐
Kontakte zu örtlichen Gesundheitseinrichtungen (z.B. Gesundheitsamt)..................................	❐	❐	❐
Kontakte zu Selbsthilfegruppen.....................	❐	❐	❐

Finanzkontrolle von Leistungsanbietern..........❒............ ❒............ ❒

Aktivitäten zur Prävention bzw. Verhinderung von

Krankheiten z.B. in der Arbeitswelt..................❒............ ❒............ ❒

Aktivitäten zur Prävention im Verhaltensbereich

(z.B. Raucherkurse)...❒............ ❒............ ❒

Leistungsqualitätskontrolle Leistungsanbieter ❒............ ❒............ ❒

Gezielte Angebote für Mitgliedergruppen und

deren besondere Probleme (z.B. für Rentner)..❒............ ❒............ ❒

Beitragssatz senken...................................... ❒............ ❒............ ❒

Öffentlichkeitsarbeit der Selbstverwaltung...... ❒............ ❒............ ❒

Gemeinsame Aktivitäten mit anderen
Kassen vor Ort....... ❒............ ❒............ ❒

Bildung von Arbeitsgemeinschaften mit anderen

Kassen und Sozialversicherungsträgern............❒............ ❒............ ❒

Herantragen von Leistungen an Versicherte.... ❒............ ❒............ ❒

Versorgungsnachteile für bestimmte Versicherten-

Gruppen (z.B. ausländische Mitglieder abbauen)..❒............ ❒............ ❒

Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen

erhöhen..❒............ ❒............ ❒

Medikamentenverbrauch senken..................... ❒............ ❒... .... ❒

Angebot alternativer Heilmethoden (Autogenes

Training etc.).. ❒............ ❒............ ❒

Gute Kooperation von Vorstand u.
Vertreterversamml...... ❒............ ❒............ ❒

Steuerung der Arbeit der Geschäftsführung durch

Richtlinien...❒............ ❒............ ❒

23. Berichtest du oder deine Organ-Kollegen regelmäßig über deine/eure Tätigkeit in anderen Gremien bzw. Versammlungen?

ja................................ ❒

nein............................ ❒

24. Wenn ja, in welchen der genannten Zusammenhänge?

Gremium des DGB.. ❐

Gremium deiner Einzelgewerkschaft... ❐

Betriebsversammlung... ❐

Sonstige:____ ❐

25. Gibt es für dein Organ eine Vorbesprechung für die jeweiligen Sitzungen?

ja................................. ❐

nein............................. ❐

26. Wenn ja: Bist du mit der Art und Weise dieser Vorbesprechung zufrieden?

ja................................. ❐

nein............................. ❐

27. Wenn du mit der Vorbesprechung nicht zufrieden bist: Welche Verbesserungen schlägst du vor?

Die Vorbesprechung sollte ausreichend vor der Sitzung stattfinden

(z.B. eine Woche).. ❐

Es sollten auch Vorbesprechungen unabhängig von Organsitzungen

stattfinden.. ❐

Die Betreuung durch den DGB sollte besser sein... ❐

Sonstige Vorschläge, und zwar: ____

____ ❐

28. Hast du den Eindruck, dass dich deine Kassengeschäftsführung ausreichend informiert (Umfang, Qualität, Aufmachung)?

ja................................. ❐

nein............................. ❐

29. Wie findest du die Aufstellung/Gewinnung von Kandidaten für die Selbstverwaltungsorgane (Rekrutierung) in deiner Kasse?

halte ich für optimal.. ❐

war im großen und ganzen akzeptabel... ❐

war nicht akzeptabel.. ❐

30. Wenn du die Aufstellung für nicht akzeptabel hältst, welche der folgenden Punkte sind nach deiner Ansicht dafür entscheidend? (Mehrfachnennungen sind möglich!)

Zuviel hauptamtliche Gewerkschaftsfunktionäre ❐

Zuviel Rücksichtnahme auf das Gewicht von Einzelgewerkschaften ❐

Zu wenig gewerkschaftliche Funktionäre aus Betriebsräten etc. ❒

Zu wenig junge (frische) Kandidaten ❒

Sonstige Punkte:____ ❒

____

____

____

31. Hältst du die Stellung und Einflussmöglichkeiten der Selbstverwaltung in der derzeitigen Form für gut bzw. ausreichend?

ja................................ ❒

nein............................ ❒

32. Wenn nein, welche der nachfolgenden grundlegenden Änderungsvorstellungen entsprechen deinen Vorstellungen? (Mehrfachnennungen sind möglich!)

direkte Wahl der Selbstverwaltung durch Versicherte als Regel..................... ❒

zeitlich begrenzte Wahl der Geschäftsführung..❒

Beseitigung der Vetreterversammlung und Bildung eines einzigen

Selbstverwaltungsorgans... ❒

Beseitigung des paritätischen Einflusses der Arbeitgeber.............................. ❒

Einführung von hauptamtlichen Elementen (Assistenten,

Entschädigung etc.) in die Selbstverwaltung... ❒

Verkleinerung der Organe.. ❒

Stärkere Einbeziehung von Selbsthilfegruppen/Versicherteninitiativen

Und ihrer Vorstellungen...❒

Sonstige:____ ❒

____

____

33. Hast du außer an dem Modellseminar noch andere Bildungsveranstaltungen für deine Selbstverwaltungstätigkeit besucht?

ja................................ ❒

nein............................ ❒

34. Wenn ja, welcher Art waren diese Veranstaltungen? (Mehrfachnennungen sind möglich!)

örtlicher DGB.. ❒

Einzelgewerkschaft....................................... ❐

DGB-Bundesschule...................................... ❐

Schule der Kassenart................................... ❐

Sonstige:____ ❐

35. Bist du mit den Seminaren im Modellversuch insgesamt zufrieden gewesen?

ja................................ ❐

nein............................ ❐

36. In welchen Punkten würdest du die Seminare noch unbedingt für verbesserungsbedürftig halten?

Statistiken... ❐

rechtliche Grundlagen..❐

Beispiele aus der Praxis... ❐

Arbeiten in Arbeitsgruppe an Fallbeispielen.......................... ....❐

Dauer des Seminars.. ❐

Einbezug von Hauptamtlichen.. ❐

Ausrichtung auf die Heranbildung
eines ständigen
AK Soziale Sicherung/Selbstverwalter.. ❐

Langfristigere Planung von Bildungsangeboten (z.B. für 1-2 Jahre)....... ❐